

Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö

Verotusta koskevat hallituksen esitykset eduskunnalle hallituskaudella
2007–2010 sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen näkökulmasta
– onko esitysten terveysvaikutuksia arvioitu?

Pro gradu -tutkielma
Miisa Alastalo
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö
Syyskuu 2013

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteiden yksikkö

ALASTALO, MIISA: Verotusta koskevat hallituksen esitykset eduskunnalle hallituskaudella 2007–2010 sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen näkökulmasta – onko esitysten terveysvaikutuksia arvioitu?

Pro gradu -tutkielma, 90 s., 12 liitesivua

Ohjaaja: Professori Juhani Lehto, Tampereen yliopisto

Kansanterveystiede

Syyskuu 2013

Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen on jo kauan ollut yksi maamme terveyspolitiikan keskeisistä tavoitteista. Terveysteen ja sen jakautumiseen vaikuttavista tekijöistä on runsaasti tietoa, jota on hyödynnetty terveyspolitiikan linjausten teossa. Terveysvaikutusten arviointi lainsäädännön valmistelussa on yksi keinoista, joita voidaan käyttää apuna terveyserojen kaventamisessa, ja se käytöstä on sitova ohje. Linjauksista huolimatta sosioekonomiset terveyserot ovat maassamme suuria ja näyttävät kasvavan edelleen.

Tutkielmassa tarkasteltiin sosioekonomisten terveyserojen kaventamista koskevien terveyspolitiikan linjausten toimeenpanoa terveysvaikutusten arviointien osalta. Tarkastelun kohteeksi valittiin veropolitiikka, sillä se on yksi yhteiskuntapolitiikan keskeisimmistä eritasoihin terveyden determinantteihin, kuten tulonjakoon, työllisyyteen, tai kulutukseen vaikuttavista yhteiskuntapolitiikan aloista. Aineistona olivat hallituksen verotusta koskevat esitykset eduskunnalle hallituskaudella 2007–2010, yhteensä 141 esitystä. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä ja sisällön erittelyllä.

Terveysvaikutuksia oli tunnistettu ja arvioitu 141 esityksestä seitsemässä. Näistä viidessä oli mainittu vaikutusten jakautuminen väestöryhmittäin, mutta sitä oli arvioitu lyhyesti vain kahdessa esityksessä. Arviointien määrissä ei ollut huomattavaa vuosittaista vaihtelua, mutta arviointeja oli tehty pääosin esityksissä, joiden sisältö liittyi elintapoihin, kuten alkoholinkäyttöön tai tupakointiin. Rakenteellisiin tekijöihin liittyvissä esityksissä terveysvaikutuksia ei ollut arvioitu lainkaan. Esitysten taloudellisia vaikutuksia oli arvioitu yhtä lukuun ottamatta kaikissa esityksissä. Tämän lisäksi esityksissä oli arvioitu useita muita vaikutuksia.

Tulokset osoittivat, että terveyspolitiikan toimeenpano ei päätösten terveysvaikutusten arvioinnin osalta juuri toteudu. Poliittisten päätöksentekijöiden on vaikeaa huomioida terveysnäkökohtia päätöksenteossa, jos heillä ei ole käytettävissään tietoa mahdollisista ja usein ennakoimattomista terveysvaikutuksista. Terveyspolitiikan toimeenpanon esteistä tarvitaan jatkotutkimusta, sillä niiden tunnistaminen auttaisi kehittämään vaikuttavampia toimintastrategioita terveyden edistämiseksi ja terveyserojen kaventamiseksi kaikessa yhteiskuntapolitiikassa.

Asiasanat: verotus, sosioekonomiset terveyserot, terveysvaikutusten arviointi, terveyspolitiikka, toimeenpano

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

School of Health Sciences

ALASTALO, MIISA: Government bills of tax legislation from a perspective of reducing socioeconomic inequalities in health – have the health impacts been assessed?

Master's Thesis, 90 pages, 12 appendix pages

Supervisor: Professor Juhani Lehto, University of Tampere

Public Health

September 2013

In Finnish health policy, reducing socioeconomic inequalities in health has been one of the main targets for years. The national health policy has been based on a substantial amount of literature on and statistics of determinants creating and distributing health of the population. Assessing health impacts in the process of drafting of laws is one of the means to identify the often unintended impacts on health, and, a binding norm in Finland. However, the health gap between socioeconomic groups has persisted, and, even seems to be growing.

The aim of this Master's Thesis was to study the implementation of health policy on reducing inequalities in health, specifically by means of health impact assessment (HIA) of government bills. Taxation was chosen as a subject of study because it is one of the key policies shaping the social determinants of health like income distribution, employment and consumption. The empirical material consisted of government's bills concerning taxation during the term of office years 2007–2010, 141 bills in total. The material was analyzed by content analyses.

Health impacts had been recognized and assessed in seven of the 141 bills. The distribution of impacts between socioeconomic groups had been identified in five of the seven bills and assessed in two. There weren't noteworthy differences in the number of HIAs conducted between the years of the term, but it rather seemed to have depended on the content. Health impacts had been assessed in bills concerning lifestyle factors like tobacco or alcohol consumption but not in bills concerning structural determinants of health. Several other kinds of impacts had also been assessed. It was noteworthy that economic impacts had been assessed in 140 of the 141 bills.

The results of the study implicated that the implementation of health policy on reducing inequalities in health has been weak in this part. Political decision-makers cannot take the often unintended health impacts and their distribution into account in decision making if they don't have the information an HIA would have provided available. In future, it would be important to study barriers to implementation of health policies, especially those intersectoral by nature. Identifying the barriers would be important for developing more effective strategies for reducing inequalities in health, and, thus promoting population health.

Keywords: taxation, socioeconomic inequalities in health, health impact assessment, health policy, implementation

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	1
2 SOSIOEKONOMINEN ASEMA JA TERVEYS	3
2.1 Sosioekonominen asema	3
2.2 Sosioekonomiset terveyserot ja terveysgradientti	4
2.3 Terveyden eriarvoisuus	6
2.4 Sosioekonomisten terveyserojen syistä	6
2.5 Terveyden sosiaaliset determinantit	8
2.5.1 Yleistä terveyden determinanteista	8
2.5.2 Lapsuuden olosuhteet	10
2.5.3 Koulutus	11
2.5.4 Työ, työolot ja työttömyys	12
2.5.5 Tulot ja varallisuus	13
2.5.6 Kulutus	15
2.5.7 Kulttuuri ja liikunta	16
3 YHTEISKUNTAPOLITIikka JA TERVEYS	19
3.1 Yhteiskuntapolitiikka	19
3.2 Yhteiskuntapolitiikka ja terveyserojen kaventaminen	20
3.3 Terveys kaikissa politiikoissa	23
3.4 Verotus yhteiskuntapolitiikan osana	25
3.4.1 Verotusjärjestelmä ja sen tavoitteet	25
3.4.2 Verotus tulonjaon välineenä	28
3.4.3 Verotus ohjauskeinona	29
3.4.4 Veropolitiikka terveyserojen kaventamisen välineenä	31
3.5 Terveysvaikutusten arviointi	39
3.5.1 Terveysvaikutusten arviointi menetelmänä	39
3.5.2 Terveysvaikutusten arviointi ja terveyserojen kaventaminen	41
3.6 Hallitus, hallituksen esitys ja sen vaikutusten arviointi	43
3.7 Hallituksen terveyseroja koskevat linjaukset hallituskaudella 2007–2011	48
4 TUTKIMUSAINEISTO, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA -MENETELMÄT	51
5 TULOKSET	58
5.1 Esitysten vaikutusarvioinnit	58
5.2 Esitysten suhde terveyden determinantteihin	60
5.3 Esitysten tavoittelemat vaikutukset	62
5.4 Terveysvaikutuksiin liittyvä argumentointi	65
6 POHDINTA	69
6.1 Yhteenvedo tuloksista	69

6.2 Tulosten luotettavuudesta	70
6.3 Keskustelua tulosten pohjalta	73
LÄHTEET	77
LIITTEET	91

1 JOHDANTO

Suomen perustuslaki (19 §) velvoittaa julkisen vallan edistämään terveyttä (Suomen perustuslaki 11.6.1999). Sosioekonomiseen asemaan liittyvien terveyserojen kaventaminen on jo pitkään ollut yksi maamme terveystalouden keskeisistä tavoitteista, ja terveyserojen kaventaminen on yhtenä tavoitteena maamme kaikissa terveystaloudellisissa ohjelmissa (Sihto, Palosuo & Linnanmäki 2007, 198). Terveyserojen kasvamisen ehkäisemistä ja tehokkaampaa toimintaa niiden pienentämiseksi pidetään myös terveystalouden onnistumisen edellytyksenä (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -toimintaohjelmasta 2001). Tästä huolimatta sosioekonomiseen asemaan liittyvät erot väestön terveydessä ovat kasvaneet, ja erojen kasvu näkyy jo kouluikäisten nuorten terveydessä (Ojala, Tynjälä & Välimaa 2012). Suomessa sosioekonomiset terveyserot ovat suuria myös muihin Länsi-Euroopan maihin verrattuna (ks. Mackenbach, ym. 2008; Sihto ym. 2002, 325).

Terveyden sosiaaliset taustatekijät muotoutuvat yhteiskunnan rakenteellisten tekijöiden vaikutuksesta ja heijastavat yhteiskunnan arvoja ja arvovalintoja. Terveyden kannalta hyödylliset tekijät ja toisaalta terveyteen haitallisesti vaikuttavat tekijät keskittyvät ja kasautuvat elämänkaaren aikana siten, että esimerkiksi hyvät asuinolot ja asuinympäristö liittyvät yleisesti hyviin työoloihin ja riittäviin tuloihin. Sosioekonomiset terveyserot syntyvät ihmisten toiminnan ja yhteiskunnallisen päätöksenteon seurauksena, minkä vuoksi yhteiskuntapoliittinen päätöksenteko ja toimet ovat keskeisiä niiden kaventamisessa.

Kaikilla julkisen vallan toimilla on potentiaalisia vaikutuksia terveyteen ja terveyseroihin. Jos terveyseroja halutaan kaventaa, tulee kaikkien hallinnonalojen toimien olla terveystaloudellisesti samansuuntaisia. Tämän vuoksi on tärkeää, että suunniteltujen politiikkatoimien vaikutuksia terveyteen ja sen jakautumiseen arvioidaan ennakolta. (Marmot ym. 2008, 1665.) Yhteiskuntapolitiikan eri lohkoilla tehtävää suunnitelmien ja päätösten terveyserovaikutusten arviointia sekä arvioinnin perusteella tehtäviä muutoksia pidetään tärkeinä keinona terveyserojen kaventamisessa (Koskinen 2006; Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015 2006, 8, 15). Päätösten

terveysvaikutusten ennakoarvioinnille on myös taloudellisia perusteita, sillä sosiaali- ja terveysmenot muodostavat suuren osan julkisista menoista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa on arvioitu, että pelkästään diabeteksen aiheuttamat kustannukset laskisivat 500 miljoonasta eurosta 353 miljoonaan euroon, jos heikoimmassa sosioekonomisessa asemassa olevien sairastavuus lähestyisi parhaimmassa asemassa olevien sairastavuutta (Kansallinen terveyserojen... 2008, 25; Miksi hyvinvointi- ja terveyseroja... 2013). Taloudellisten vaikutusten ja yhteiskuntamme keskeisten arvojen, tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden, edistämisen ja inhimillisen pääoman turvaamisen lisäksi sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen on perusteltua myös suuren väestöosan työkyvyn edistämiseksi ja ylläpitämiseksi ja siten työurien pidentymiseksi.

Terveysspolitiikan toteutumista käytännössä on tutkittu vähän, vaikka tarve sen tutkimukselle on ollut ilmeinen (Sihto 2013, 31–32). Tässä tutkielmassa pyritään tuottamaan juuri toimeenpanoa koskevaa tietoa. Sosioekonomiseen asemaan liittyvien ja terveyserojen kaventamiseen pyrkivien terveysspolitiikan linjausten toimeenpanoa tarkasteltaessa on tärkeää huomioida sekä se, onko tehtyjen päätösten valmistelussa tehty arviointeja niiden mahdollisista vaikutuksista terveyteen ja sen jakautumiseen väestössä, että se, onko tehtyt arvionnit otettu huomioon lopullisessa päätöksenteossa. Terveysspolitiikan linjausten toimeenpanon jälkikäteisarviointi on tärkeää myös tulevaisuuden päätöksenteon ja terveysspolitiikan vaikuttavuuden lisäämisen kannalta. Sen avulla voidaan lisäksi arvioida, kuinka poliitikot ovat kantaneet vastuutaan poliittisten päätösten toteuttamisesta.

Miksi terveyserot eivät ole kaventuneet, vaikka niiden kaventaminen on jo pitkään ollut yksi terveysspolitiikan keskeisimmistä tavoitteista niin hallitusohjelmissa, toiminta- ja politiikkaohjelmissa kuin kansanterveysohjelmissakin? Onko linjauksissa esitettyjä toimia toteutettu käytännön politiikassa? Onko toimien vaikutuksia terveyteen ja terveyseroihin arvioitu? Vastausta kahteen jälkimmäiseen kysymykseen tarkastellaan tässä tutkielmassa yhden hallituskauden veropolitiikan näkökulmasta, sillä veropolitiikka on yksi keskeisimmistä politiikan lohkoista, jotka vaikuttavat ja muovaavat terveyden kannalta keskeisiä tekijöitä, kuten tuloja, työllisyyttä, asuinoloja ja kulutusta. Aineistona ovat verotusta koskevat hallituksen esitykset eduskunnalle hallituskaudella 2007–2010.

2 SOSIOEKONOMINEN ASEMA JA TERVEYS

2.1 Sosioekonominen asema

Sosioekonomisella asemalla tarkoitetaan yksilön suhteellista asemaa yhteiskunnan sosiaalisessa rakenteellisessa järjestelmässä (Mackenbach & Bakker 2002, 347). Se viittaa niihin sosiaalisiin ja taloudellisiin tekijöihin, jotka vaikuttavat asemaan, johon ryhmät ja yksilöt tässä rakenteessa sijoittuvat. Sosioekonomisen aseman käsitteen ymmärtämiseen ja mittaamiseen ovat vaikuttaneet keskeiset sosiologiset perinteet, marxilainen, weberiläinen ja funktionaalinen traditio. (Lynch & Kaplan 2000, 14–17.) Sosioekonomisia terveyseroja koskevassa kirjallisuudessa käytetään usein sosioekonomisen aseman kanssa samassa merkityksessä myös käsitettä sosiaaliluokka, vaikka käsitteet ovatkin alun perin edustaneet sosiologian eri traditioita. Tässä tutkielmassa käytetään käsitettä sosioekonominen asema.

Sosioekonominen asema on voimakkaimpia terveyden sosiaalisia taustatekijöitä, sillä se kattaa monia muita terveyteen vaikuttavia, eritasoisia sosiaalisia tekijöitä. Koska sosioekonomista asemaa ei voida mitata suoraan, käytetään sen määrittämiseen tutkimuksissa yleensä mitattavia osoittimia, kuten koulutusta, ammattiasemaa tai tuloja. (Lahelma & Rahkonen 2011, 42, 46; Lynch & Kaplan 2000, 21–22; Palosuo & Lahelma 2013, 50.) Nämä keskeiset sosioekonomisen aseman yksilötason osoittajat syntyvät niiden laajempien sosiaalisten ja taloudellisten prosessien seurauksena, jotka muovaavat koulutuksen, ammattien ja tulojen jakautumista väestössä (Lynch & Kaplan 2000, 22).

Tilastokeskus käyttää sosioekonomisen aseman määrittämisessä ammattiasemaan, ammattiin ja elämänvaiheeseen perustuvaa kahdeksan pääluokan luokitusta: yrittäjät, ylemmät toimihenkilöt, alemmat toimihenkilöt, työntekijät, opiskelijat, eläkeläiset ja muut. Tässä luokituksessa sosioekonomiset luokat on pyritty muodostamaan siten, että kuhunkin kuuluvat ihmiset eläisivät pääosin vastaavissa asemissa yhteiskunnan rakenteellis-toiminnallisissa osajärjestelmissä. (Tilastokeskus 1989.) Sosioekonominen asema voidaan luokitella vastaavalla tavalla myös muun muassa koulutuksen pituuden tai koulutustason sekä tulojen ja varallisuuden mukaan.

Sosioekonomisen aseman ulottuvuudet ovat yhteydessä toisiinsa, mutta niillä kullakin on myös itsenäinen yhteytensä terveyteen. Koulutus on laaja-alainen sosioekonomisen aseman ulottuvuus, johon sisältyvät myös aineettomat resurssit kuten tiedot, taidot, asenteet ja arvot. Se hankitaan yleensä viimeistään nuorena aikuisuudessa, ja se vaikuttaa myöhempään ammattiasemaan, joka puolestaan on yhteydessä tuloihin. Ammattiasema perustuu työhön ja ammattiin ja kuvaa sekä aineellisia että muita elinoloja. (Lahelma & Rahkonen 2011, 44–49; Lahelma, Rahkonen, Koskinen, Martelin, & Palosuo 2007, 26.) Sosioekonomisen aseman ulottuvuudet voivat toimia sekä terveysvaikutuksia välittävinä että niitä selittävinä tekijöinä (Lahelma, Martikainen, Laaksonen & Aittomäki 2004).

2.2 Sosioekonomiset terveyserot ja terveysgradientti

Sosioekonomisen aseman ja terveyden välinen yhteys on yksi epidemiologisen tutkimuksen johdonmukaisimmista havainnoista. Paremmassa asemassa olevien parempi terveys on havaittavissa eri aikakausina, erilaisissa väestöissä, useimmilla terveyden ja sairauden mittareilla ja erilaisilla sosioekonomisen aseman osoittimilla. (Lynch & Kaplan 2000, 13.) Näitä sosioekonomisen aseman mukaan vaihtelevia systemaattisia eroja väestöryhmien terveydentilassa, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa kutsutaan sosioekonomisiksi terveyseroiksi (Kansallinen terveyserojen... 2008, 22; Lahelma ym. 2007, 25; Mackenbach & Bakker 2002, 347). Mackenbach ja Bakker (2002) tarkentavat vielä määritelmää lisäämällä: siltä osin, kuin näitä pidetään epäoikeudenmukaisina.

Sosioekonomisia terveyseroja tarkastelevissa tutkimuksissa terveyden on osoitettu olevan sitä heikompi, mitä alempi on asema yhteiskunnan sosiaalisessa rakenteessa (Kawachi, Subramanian & Almeida-Filho 2002; Lahelma ym. 2007, 27; Mackenbach, Meerding & Kunst 2011, 412; Marmot 2006, 2).¹ Tämä terveyden asteittainen tai portaittainen, samansuuntainen ja johdonmukainen muutos on havaittavissa kaikissa

¹Poikkeuksena on joitakin yksittäisiä sairauksia, joissa gradientti on toisensuuntainen. Tällainen on esimerkiksi rintasyöpä, jonka esiintyvyys on sitä suurempaa, mitä korkeampaan sosioekonomiseen asemaan kuuluvien ryhmästä on kyse. (Siegrist & Marmot 2006, 3.)

sosiaalisen hierarkian luokissa ja myös näiden luokkien sisällä. Ilmiötä kutsutaan terveyden sosiaalisesti gradientiksi tai terveysgradientiksi. (CSDH 2008, 31; Marmot 2006, 2; Sihto, Palosuo & Linnanmäki 2007, 204.) Sosiaalisen aseman mukainen gradientti on havaittavissa sairastavuuden ja kuolleisuuden lisäksi myös yksilönkehitykseen liittyvissä tapahtumissa, kuten sosiaalisissa taidoissa, käyttäytymisen ja tunne-elämän ongelmissa ja opinnoissa menestymisessä (Keating 2009, 61). Sosioekonomiseen asemaan liittyviä terveyseroja ei ole ainoastaan aikuisväestöissä, vaan ne näkyvät jo kouluikäisten terveydessä (ks. Currie ym. 2012).

Terveyden ja sosioekonomisen aseman välinen gradientti on havaittu kaikissa yhteiskunnissa, joissa niiden yhteyttä on tutkittu, mutta sen jyrkkyys vaihtelee yhteiskuntien ja väestöjen välillä (Hertzman & Siddiqi 2010, 27–28; Mackenbach ym. 2008). Tämän lisäksi gradientin on havaittu muuttuvan käyräksi korkeimmassa sosioekonomisessa ryhmässä. Tämä viittaa siihen, että terveyserot tähän luokkaan kuuluvien välillä olisivat pienempiä kuin alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvien väliset erot. Yhteiskunnissa, joissa terveysgradientti on loivempi, alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvien terveys on parempi kuin niissä yhteiskunnissa, joissa gradientti on jyrkempi. (Hertzman & Siddiqi 2010, 28.) Sosioekonomisen aseman vaikutusta terveyteen muokkaavatkin poliittiset, institutionaaliset ja kulttuuriset tekijät. (Lynch & Kaplan 2000, 13).

Sosioekonomisia terveyseroja ja niiden kaventamista voidaan tarkastella kahdesta erilaisesta näkökulmasta: heikoimmassa asemassa olevien tai terveyden jakautumisen eli gradienttinäkökulmasta (Sihto, Ollila & Koivusalo 2006, 15). Whitehead, Diderichsen ja Burström (2006, 207) painottavat erityisesti heikoimmassa asemassa olevien näkökulmaa. Väestöryhmittäisiä terveyseroja on havaittavissa sosioekonomisen aseman lisäksi myös sukupuolten, siviilisäätyryhmien ja erilaisen etnisen taustan omaavien väestöryhmien välillä (Lahelma ym. 2007, 25; Lynch & Kaplan 2000, 14). Tässä tutkielmassa tarkastellaan nimenomaan sosioekonomiseen asemaan liittyviä terveyseroja, joihin viitataan tekstissä myöhemmin lyhyesti termillä terveyserot. Terveys- ja terveyserovaikutuksia tarkastellaan ensisijaisesti heikoimmassa asemassa olevien näkökulmasta, sillä koko väestön terveyden on arvioitu paranevan eniten, jos heikoimmassa asemassa olevien terveys lähenee parhaimmassa asemassa olevien

terveyttä (ks. esim. Lahelma ym. 2007, 28; Sihto, Palosuo & Linnanmäki 2007, 204–205).

2.3 Terveiden eriarvoisuus

Terveyseroista puhuttaessa käytetään usein myös käsitettä terveyden eriarvoisuus. Käsitteellä viitataan siihen, että sosioekonomisten terveyserojen syntyyn vaikuttavat yhteiskunnalliset tekijät, eikä niitä voida pitää ainoastaan ihmisten vapaan valinnan tai biologisten lainalaisuuksien seurauksena. Terveyserot (health inequality) on käsitteenä neutraali, kun taas terveyden eriarvoisuus (health inequity) sisältää arvotuksen, jonka mukaan nämä terveyserot ovat epäoikeudenmukaisia tai syntyvät jonkinlaisen epäoikeudenmukaisuuden seurauksena. (Kawachi, Subramanian & Almeida-Filho 2002; Siegrist & Marmot 2006, 4–5.)

Koska terveyserot syntyvät eritasoisten yhteiskunnallisten tekijöiden, kuten rakenteiden (muun muassa tulonjako ja koulutusjärjestelmä), työ- ja asumisolosuhteiden, elintapojen ja psykososiaalisten tekijöiden vaikutuksesta, on katsottu, että niitä tulisi tarkastella sosiaalisen eriarvoisuuden ongelmana (Lahelma ym. 2007, 201; Munro 2006). Sosioekonomisia terveyseroja ei pidetä eettisesti hyväksyttävänä, koska niiden syntyyn vaikuttaviin tekijöihin on mahdollista vaikuttaa (Koskinen & Puska 2009; Lahelma & Rahkonen 2011, 42). Kansalaisten ja väestöryhmien tasa-arvoon pyrkivässä yhteiskunnassa ehkäistävissä olevia terveyseroja voidaan pitää myös epäoikeudenmukaisina (Lahelma ym. 2007, 28; Rotko, Aho, Mustonen, & Linnanmäki 2011, 15).

2.4 Sosioekonomisten terveyserojen syistä

Iso-Britanniassa julkaistiin vuonna 1980 laaja katsaus sosiaaliluokkaan liittyvistä terveyseroista ja niiden syntyyn vaikuttavista tekijöistä. Tässä Black-raportiksi nimetyssä katsauksessa terveyserot esitettiin poliittisena ja tieteellisenä kysymyksenä, ja sillä on ollut huomattava vaikutus myöhempään sosioekonomisiin terveyseroihin

liittyvään tutkimukseen (Siegrist & Marmot 2006, 4). Raportissa esitettiin ensimmäistä kertaa terveyserojen syiden teoreettisten selitysmallien jaottelu (ks. Townsend & Davidson 1982, 112–134). Nämä selitysmallit perustuvat keskeisten terveyserojen selitysten ryhmittelyyn sekä niiden arviointiin empiiristen tutkimusten valossa. (Lahelma ym. 2007, 28–29; Lahelma & Rahkonen 2011, 49.)

Artefaktaselitys, jonka mukaan yhteys terveyden ja sosiaalisen aseman välillä on näennäinen ja johtuu sosiaalisen aseman ja terveyden epätarkoista tai virheellisistä määrittelyistä tai tilastollisten menetelmien puutteellisuuksista, on yleisesti hylätty. Sitä on pidetty riittämättömänä selittämään terveyden sosiaalisen gradientin johdonmukaisuutta ja laajuutta. (Graham 2000, 13–14; Lahelma ym. 2007, 28.)

Valikoitumismallissa terveyttä pidetään sosiaalista asemaa määrittävänä tekijänä. Sen mukaan liikkuminen sosiaalisella asteikolla ylöspäin on seurausta hyvästä terveydestä, kun puolestaan ne, joiden terveys on huono, pysyvät todennäköisemmin entisessä sosiaalisessa asemassaan tai liikkuvat sosiaalisella asteikolla alaspäin. Valikoitumista terveyden perusteella pidetään kuitenkin heikkona terveyserojen selittäjänä. (Graham 2000, 13–14; Lahelma ym. 2007, 28; Lahelma & Rahkonen 2011, 49–51; Siegrist & Marmot 2006, 5.)

Kulttuuri- ja käyttäytymistekijöihin perustuvassa selitysmallissa sosiaalisen aseman ajatellaan vaikuttavan terveyteen välillisesti sosioekonomiseen ryhmään liittyvien kulttuuristen perinteiden, kuten elintapoihin vaikuttavien arvojen ja asenteiden sekä terveyskäyttäytymisen kautta. Erityisesti terveyskäyttäytymisessä, kuten tupakoinnissa, liikunnassa ja ruokavaliossa, on havaittavissa voimakasta jakautumista sosioekonomisen aseman mukaan. (Graham 2000, 14–15; Lahelma ym. 2007, 30–31; Lahelma & Rahkonen 2011, 50; Siegrist & Marmot 2006, 6.) Nämä elintapoihin liittyvät tekijät ovat olleet terveystieteissä ja terveyden edistämisessä keskeisessä asemassa, vaikka niiden osuutta terveyserojen selittäjänä pidetään melko pienenä (Bambra, Gibson, Sowden, Wright, Whitehead & Pettigrew 2010; Graham 2000, 14–15). Niihin keskittymisen on myös nähty olevan tuloksellisempien terveyserojen kaventamistoimien esteenä (Popay, Whitehead & Hunter 2010). On tärkeää huomioida, että käyttäytymiseen liittyviin valintoihin vaikuttavat yksilöllisten tekijöiden lisäksi

myös kulttuuriset ja yhteiskunnalliset tekijät (Koivusilta 2011, 126–127; Siegrist & Marmot 2006, 6; Sihto & Palosuo 2013, 227; Vallgård 2006).

Materialistisen tai rakenteellisen selitysmallin mukaan sosioekonomisia terveyseroja synnyttävät aineelliset tekijät ja elinolot. Tällaisia tekijöitä ovat mm. taloudellinen toimeentulo ja vauraus, työ ja työolosuhteet, kotiympäristö ja asuminen sekä taloudelliset olosuhteet lapsuudessa ja aikuisuudessa. (Graham 2000, 14; Lahelma ym. 2007, 31; Lahelma & Rahkonen 2011, 50; Siegrist & Marmot 2006, 6.) Aineelliset tekijät jakautuvat väestössä epätasaisesti ja vaikuttavat sitä kautta terveyserojen syntyyn (Lahelma ym. 2007, 31).

Näiden neljän selitysmallin lisäksi sosioekonomisia terveyseroja on selitetty psykososiaalisten ja psykobiologisten mekanismien avulla (Graham 2000, 15; Lahelma ym. 2007, 31; Lahelma & Rahkonen 2011, 50–51.) Aineelliset, käyttäytymiseen liittyvät ja psykososiaaliset tekijät liittyvät toisiinsa, ja siksi alempiin sosioekonomisiin luokkiin kuuluvilla on suurempi todennäköisyys altistua riskeille kaikilla näillä osaluoveilla (Graham 2000, 15). Tämän vuoksi terveyserojen syntyyn ei yleensä voida osoittaa olevan yhtä yksittäistä syytä. Nykyään terveyserojen katsotaankin johtuvan useista eri tekijöistä ja näiden yhteisvaikutuksista (Lahelma ym. 2007, 32–33; Lahelma & Rahkonen 2011, 44). Monet terveyserojen tutkijat pitävät kuitenkin ilmeisenä, että terveyserojen syntymisen kannalta olennaisia ovat aineelliset elinolot, terveyskäyttäytyminen ja psykososiaaliset tekijät (Graham 2000, 14–15; Lynch & Kaplan 2000; Lahelma ym. 2007, 37). On myös huomioitava, että elinoloihin ja terveyskäyttäytymiseen vaikuttavat yhteiskunnalliset olosuhteet lapsuudesta alkaen. Eri tekijöiden merkitys terveyserojen synnyssä saattaa vaihdella maan, ajan ja väestön alaryhmän mukaan. (Lahelma ym. 2007, 32–33; Lahelma & Rahkonen 2011, 51.)

2.5 Terveyden sosiaaliset determinantit

2.5.1 Yleistä terveyden determinanteista

Terveyden ja sairauden edellytykset syntyvät ihmisten elinolosuhteissa koko elämänsäajan ajan. Nämä olosuhteet puolestaan syntyvät ja muovautuvat rakenteellisten

tekijöiden, determinanttien vaikutuksesta. Rakenteelliset determinantit ja elinolosuhteet muodostavat yhdessä terveyden sosiaaliset determinantit. Käsite kattaa sosiaaliset, taloudelliset, poliittiset, kulttuuriset ja ympäristötekijät, jotka vaikuttavat terveyteen. (Closing the gap... 2011, 7; CSDH 2008, 1.)

Terveyden kannalta merkityksellisimpinä pidetään rakenteellisia determinanteja, jotka synnyttävät ja ylläpitävät yhteiskunnan sosiaalista kerrostuneisuutta. Näitä ovat esimerkiksi tulonjako, sukupuoleen, etniseen taustaan tai vammaan perustuva eriarvoisuus sekä taloudellisen vallan jakautumiseen vaikuttavat poliittiset ja hallinnolliset rakenteet. Sosiaalista kerrostuneisuutta synnyttäviä ja ylläpitäviä mekanismeja ovat myös muun muassa koulutusjärjestelmä, työmarkkinarakenteet, talousjärjestelmä, uudelleenjakopolitiikka, julkiset palvelut ja sosiaaliturva. Välittävät determinantit, kuten aineelliset elinolosuhteet, psykososiaaliset olosuhteet, biologiset ja käyttäytymiseen liittyvät tekijät sekä terveydenhuoltojärjestelmä toimivat väylänä, jota pitkin rakenteellisten mekanismien vaikutukset välittyvät terveyteen. Rakenteellisia tekijöitä pidetäänkin terveyserojen perimmäisenä syynä. (Closing the gap... 2011, 7.)

Terveyden determinantit vaikuttavat terveyteen sekä itsenäisesti että keskinäisen vuorovaikutuksensa kautta. Osa sosioekonomisen aseman osoittimien, kuten koulutuksen, ammattiaseman ja tulojen vaikutuksista terveyteen välittyy tai niitä selittävät muut sosioekonomisen aseman osoittimet. Myös sukupuoli saattaa muokata terveyden sosioekonomisten determinanttien välisiä vaikutuksia. Terveyserojen onkin katsottu syntyvän ennemmin determinanttien keskinäisen vuorovaikutuksen seurauksena kuin minkään yksittäisen determinantin vaikutuksesta. (Lahelma, Martikainen, Laaksonen & Aittomäki 2004.)

Terveyden sosiaalisten determinanttien lähestymistavan näkökulmasta kausaaliset vaikutusketjut kulkevat makrotason sosiaalisista, poliittisista ja taloudellisista tekijöistä sairauden syntyyn, minkä vuoksi julkisen vallan ja yhteisöjen roolia pidetään terveyserojen kaventamisessa keskeisenä (Blas ym. 2008). Tämän vuoksi eriarvoisuuden vähentämisessä tarvitaan terveydenhuollon lisäksi myös muiden yhteiskuntapolitiikan alojen, kuten esimerkiksi talous- ja veropolitiikan toimia (Palosuo & Lahelma 2013, 52; Sihto 2013, 26). Tässä tutkielmassa terveyserojen kaventamista tarkastellaan myöhemmin terveyden sosiaalisiin determinantteihin vaikuttamisen

näkökulmasta. Kirjallisuudessa determinantin kanssa käytetään samassa merkityksessä myös muita termejä, kuten terveyden taustatekijät, määrittäjät tai määräävät tekijät. Determinantti on kuitenkin terveystieteissä vakiintunein käsite, minkä vuoksi tässä tutkielmassa käytetään myöhemmin sitä. Seuraavaksi käsitellään lyhyesti niitä terveyden determinanteja, joihin voidaan vaikuttaa verotuksen kautta.

2.5.2 Lapsuuden olosuhteet

Lapsuudella ja nuoruudella on voimakas vaikutus myöhempään terveyteen, koulutus- ja työurille hakeutumiseen ja elämäntyytyväisyyteen (Koskenvuo 2010, 310–311). Varhaislapsuuden sosiaalinen ympäristö on siten perustavalaatuinen varhaisen kehityksen determinantti. Ensimmäiset elinvuodet ovat terveyden kannalta erityisen tärkeitä, sillä niiden aikaiset terveyden sosiaalisten determinanttien keskinäiset vaikutukset määrittävät terveyttä suojaavien tai sille epäsuotuisien kehityskaarien syntymistä. (Maggi, Irwin, Siddiqi & Hertzman 2010.)

Varhaislapsuuden ja lapsuuden lisäksi sosiaalinen ympäristö vaikuttaa terveyteen jo äidin raskautta edeltävän ja raskaudenaikaisen terveydentilan välityksellä. Lapsuuden kasvu ympäristön sosioekonomiset puutteet ja samanaikaiset kehitykseen liittyvät prosessit sekä ympäristötekijät vaikuttavat toisiinsa ja lisäävät riskiä huonoon terveyteen. Varhaislapsuuden heikot sosiaaliset olot ja pitkään jatkunut stressi vaikuttavat haitallisesti pitkäaikaiseen fyysiseen (esimerkiksi kasvuun), psyykkiseen ja kognitiiviseen kehitykseen, kuten oppimistaitoihin, ja käyttäytymiseen sekä terveyteen, myös aikuisuudessa. (Maggi ym. 2010; Wadsworth & Butterworth 2006, 35.) Lasten terveyteen eivät vaikuta ainoastaan absoluuttiset aineelliset olosuhteet, vaan siihen vaikuttaa myös perheen suhteellinen taloudellinen asema yhteiskunnassa. Suhteellisessa köyhyydessä elävien lasten terveys ja hyvinvointi ovat heikompia myös aikuisuudessa. Suhteellisella köyhyydellä tarkoitetaan tuloja, jotka ovat alle 50 % kansallisista mediaanituloista. (Emerson 2009.)

Lapsuuden sosiaalisten olojen vaikutusten on esitetty välittyvän yksilönkehitykseen kolmen erilaisen, monimutkaisen ja toiseensa vaikuttavan prosessin välityksellä.

Latenssimallin mukaan varhainen altistuminen biologisille tai ympäristöön liittyville tekijöille vaikuttaa terveydentilaan vasta vuosien kuluttua. Tästä esimerkkinä on käytetty havaintoa matalan syntymäpainon ja aikuisiän kohonneen sydän- ja verisuonitautiriskin välillä. *Kumulatiivisessa mallissa* elämänkaaren pituisten hyödyllisten tai haitallisten altistusten kasautumisen ajatellaan vaikuttavan kehitykseen ja terveyteen riskitekijöille altistumisen määrän, keston ja voimakkuuden perusteella. *Polkumallin* mukaan varhaiset kokemukset tai tapahtumat sysäävät liikkeelle kehityskulkuja, jotka johtavat sosioekonomiseen asemaan, joka puolestaan vaikuttaa terveyteen ja hyvinvointiin. (Kestilä & Rahkonen 2011, 229–231; Maggi ym. 2010.) Tällainen polku on esimerkiksi lapsuuden sosiaaliset olot – kouluvalmiudet – koulutus – työllistyminen – aikuisuuden olosuhteet.

2.5.3 Koulutus

Myös koulutustaustan yhteys terveyteen on merkittävä (Bambra ym. 2010). Koulutuksen on havaittu olevan tärkeä lapsuuden sosioekonomisen aseman ja terveyden ja kuolleisuuden yhteyttä välittävä tekijä. (Kestilä & Rahkonen 2011, 233, 235). Elämänkaarinäkökulmasta koulutus edustaa siirtymää vanhempien sosiaalisesta asemasta aikuisuuden itse saavutettuun sosioekonomiseen asemaan. Vanhempien sosioekonominen asema saattaa kuitenkin heijastua koulutusmahdollisuuksiin. (Lynch & Kaplan 2000, 22.) Vanhempien koulutuksen ja aseman on havaittu vaikuttavan lasten koulutusvalintoihin ja koulutuksen pituuteen useiden tutkimusten mukaan, myös Suomessa (ks. Nori 2011).

Korkeampi koulutustaso ennakoi usein myös myöhempää menestymistä elämässä. Koulutustaso on yhteydessä ammattiasemaan ja tuloihin sekä asuinoloihin ja terveydentilaan. Koulutuksen avulla saadaan henkisiä voimavaroja, kuten tietoja, taitoja ja asenteita, jotka vaikuttavat asemaan työmarkkinoilla ja sosiaalisessa hierarkiassa sekä terveyskäyttäytymiseen. Koulutustaso on yhteydessä myös työoloihin, sillä matalaa koulutusta edellyttäviin työoloihin liittyy enemmän terveydelle haitallisia aineellisia tekijöitä kuten altistumista melulle, pölylle tai yksipuoliselle toistolle sekä fyysisesti raskaita työtehtäviä. (Lynch & Kaplan 2000, 22–23.) Koulutuksen avulla voidaan

toisaalta myös siirtyä sosiaalisessa hierarkiassa ylöspäin ja siten terveyden kannalta parempiin olosuhteisiin.

2.5.4 Työ, työolot ja työttömyys

Työllä ja työoloilla on sekä suoria että välillisiä vaikutuksia terveyteen. Työ on myös keskeinen koulutuksen ja tulotason yhteyttä välittävä tekijä. Työolosuhteet ovat yksi työn ja terveyden yhteyttä välittävistä tekijöistä. Työn fyysinen kuormittavuus vaihtelee usein ammattiaseman mukaan ja se on yksi voimakkaimmista ammattiaseman mukaisia terveyseroja selittävistä tekijöistä. Eroja on myös työn henkisessä kuormittavuudessa. Yleisesti ottaen terveys on sitä heikompi, mitä alempi on asema työpaikan hierarkiassa. (Lahelma, Laaksonen & Aittomäki 2009.)

Työllisyys vaikuttaa terveyteen sekä aineellisten että psykososiaalisten tekijöiden välityksellä. Työllä on taloudellisen hyödyn, palkan, lisäksi myös muita terveyttä edistäviä vaikutuksia, kuten itsetunnon tukeminen, arvostuksen saaminen ja sosiaalisen vuorovaikutuksen ylläpitäminen. Työssä koetun psykososiaalisen stressin ja terveyden välillä on havaittu olevan yhteys. Työn suurten henkisten vaatimusten ja heikkojen vaikutusmahdollisuuksien yhdistelmän on havaittu aiheuttavan jatkuvaa stressiä ja sen seurauksena sairauksia. Myös työn vaatima kova ponnistelu ilman siitä seuraavaa palkitsevuutta on havaittu olevan yhteydessä kohonneeseen sairastumisriskiin. (Marmot, Siegrist & Theorell 2006, 115–120; Theorell 2000, 106–107, 110.)

Työttömyyteen puolestaan liittyy taloudellisten ongelmien lisäksi haitallisten elämäntapahtumien lisääntymistä ja niistä selviytymiseen tarvittavien psykologisten ja sosiaalisten voimavarojen vähenemistä. Tutkimusten perusteella työttömyyden terveyden kannalta haitallisin vaikutus näyttää kuitenkin olevan taloudellisella ahdingolla. (Bartley, Ferrie & Montgomery 2006, 83–85.) Työttömyyden on esitetty vaikuttavan terveyteen sekä aineellisten voimavarojen puutteen että pitkäaikaisen stressin ja sitä seuraavien fysiologisten muutosten välityksellä (Martikainen & Mäki 2011, 93–94). Vaikka työttömyys on yhteydessä köyhyyteen, on myös työsuhteen luonteella merkitystä toimeentulon kannalta. Työsuhteen epävakaisuus, kuten määrä- tai

osa-aikaisuus, lisää riskiä tuloköyhyyteen. Työssä olevista suurin köyhyysriski on yksinhuoltajilla ja nuorilla, alle 25-vuotiailla työntekijöillä. (Airio & Niemelä 2004.)

2.5.5 Tulot ja varallisuus

Tulot vaikuttavat aineellisiin olosuhteisiin ja niiden kautta terveyteen. Asuinolosuhteet, kuten asunnon sijainti ja asuntotyyppi, ravinto, vaatteet, liikenneolosuhteet, terveydenhuolto- ja päivähoitopalvelut, mahdollisuus vapaa-ajan, kulttuuri- ja liikuntapalveluiden käyttöön sekä altistuminen haitallisille ympäristötekijöille heijastavat kaikki taloudellisia olosuhteita ja vaikuttavat terveyteen. Aineellisilla olosuhteilla on myös välillisiä vaikutuksia. Vaikka terveyden kannalta välttämättömät aineelliset perustarpeet saataisiinkin tyydytettyä, lisääntyvät terveyshyödyt tulojen edelleen kasvaessa muun muassa elintapojen välityksellä. (Lynch & Kaplan 2000, 24–25.)

Riittävät tulot mahdollistavat aineelliset perusvoimavarat, ja niiden avulla voidaan saavuttaa enemmän ja laadultaan parempia hyödykkeitä ja olosuhteita. Riittävät käytettävissä olevat tulot voivat myös toimia puskurina arjen yllättävissä vastoinkäymisissä, kuten esimerkiksi pesukoneen rikkoutuessa. Aineellisilla olosuhteilla saattaa olla sekä välittömiä että kasautuvia terveyshyötyjä elämänkaaren aikana ja jopa sukupolvien yli. (Lynch & Kaplan 2000, 24–25.) Kotitalouden varallisuus kuvaa pitempiaikaisia aineellisia voimavaroja ja vaikuttaa niiden välityksellä terveyteen kun taas tulot saattavat vaihdella enemmän lyhyellä aikavälillä (Aittomäki, Martikainen, Laaksonen, Lahelma & Rahkonen 2010).

Kirjallisuuden perusteella tulojen määrän lisäksi terveyteen on yhteydessä myös yhteiskunnan tulonjaon suuruus (Lundberg, Fritzell, Åberg Yngwe & Kölegård 2010; Lynch, Smith, Kaplan & House 2000; Kangas & Hiilamo 2012; Åberg Yngwe, Kondo, Hägg & Kawachi 2012). Wilkinson ja Pickett (2009) osoittivat WHO:n, YK:n, OECD:n ja Maailmanpankin tilastoaineistojen analyysien perusteella, että suurempi taloudellinen eriarvoisuus yhteiskunnassa on yhteydessä heikompaan terveyteen ja suurempaan sosiaalisten ongelmien määrään. Tulerojen suuruuden vaikutuksesta terveyteen

(gradientin jyrkkyyteen) on kuitenkin käyty tutkijoiden kesken väittelyä (ks. esim. Lundberg, Fritzell, Åberg Yngwe & Kölegård 2010). Suurten aineistojen perusteella näyttää siltä, että yhteiskunnan tuloerojen suuruus on yhteydessä väestön terveyteen siten, että mitä suurempia tuloerot ovat, sitä heikompi on väestön terveys useilla mittareilla mitattuna (Hiilamo & Kangas 2012).

Käytettävissä olevilla tuloilla on osoitettu olevan yhteys terveyteen myös pohjoismaisen hyvinvointivaltion kontekstissa. Fritzell, Nermo ja Lundberg (2004) osoittivat, että tulojen ja terveyden välillä on selvä yhteys Ruotsissa. Suomalaisessa, laajaan aineistoon perustuvassa tutkimuksessa erot 35-vuotiaiden elinajanodotteen kasvussa olivat seuranta-aikana (1988–2007) selvästi suuremmat tuloluokkien välillä kuin ammattiin perustuvissa sosiaaliryhmissä. Elinajanodotteen ero ylimmän ja alimman tuloviidenneksen välillä kasvoi miehillä 7,4 vuodesta 12,5 vuoteen ja naisilla 3,9 vuodesta 6,8 vuoteen. Huomionarvoista on, että ylimmän ja alimman tuloluokan välinen ero oli miehillä yli viisinkertainen ja naisilla yli kolminkertainen ammattiin perustuviin sosiaaliluokkiin verrattuna. (Tarkiainen, Martikainen, Laaksonen & Valkonen 2011.)

Åberg Yngwen, Fritzellin, Burströmin ja Lundbergin (2005) tutkimuksessa tarkasteltiin sekä kotitalouden käytettävissä olevien absoluuttisten että suhteellisten tulojen vaikutusta terveyteen ja eroja näiden välillä pohjoismaisessa aineistossa. Käytettävissä olevien tulojen ja huonon terveyden välillä havaittiin selvä gradientti. Vertailtaessa terveyttä käytettävissä oleviin tuloihin perustuvaan suhteelliseen asemaan väestön tulojakaumassa ja terveyttä suhteessa absoluuttisten käytettävissä olevien tulojen ja terveyden yhteyteen havaittiin, että suhteellisen aseman ja terveyden yhteys oli voimakkaampi erityisesti ylimmissä tuloluokissa. Tulojen ja terveyden yhteyteen arvioitiin vaikuttavan sekä absoluuttiseen että suhteelliseen tulotasoon liittyviä tekijöitä. (Åberg ym. 2005.)

Myös norjalaisessa, yli kaksi miljoonaa henkilöä kattaneessa tutkimuksessa havaittiin, että mitä suurempia olivat alueelliset tuloerot, sitä suurempaa oli kuolleisuus. Erityisen voimakkaasti suuret tuloerot olivat yhteydessä kuolleisuuteen heikoimmassa sosioekonomisessa asemassa olevien keskuudessa, mitattiinpa sosioekonomista asemaa koulutuksella, tuloilla tai terveydentilaan liittyvien etuuksien saamisella. (Dahl, Elstad, Hofoss & Martin-Mollard 2006.)

2.5.6 Kulutus

Kulutusmahdollisuudet vaikuttavat kykyyn tyydyttää perustarpeet. Ne vaikuttavat myös kykyyn osallistua ja täyttää yhteiskunnan kulttuurisia odotuksia, jotka liittyvät esimerkiksi harrastamiseen tai sosiaalisten verkostojen luomiseen ja ylläpitämiseen. Samalla kun aineelliset arvot ovat lisääntyneet ja kuluttamisen merkitys on yleisesti kasvanut, ovat sosiaalista asemaa ilmentävät, kuluttamiseen ja kulttuuriseen makuun, tyyliin ja arvostukseen perustuvat erot sosioekonomisten ryhmien välillä kasvaneet. On arvioitu, että tuloerojen kasvu ja kuluttamiseen liittyvien sosiaalisten odotusten aiheuttamat paineet lisäävät entisestään sosiaalista eriytymistä sekä aineellisen ja symbolisen eriarvoisuuden kokemuksia. Tämä synnyttää psykososiaalista stressiä ja heijastuu muun muassa elintapoihin, jotka puolestaan vaikuttavat terveyteen ja sen jakautumiseen väestöryhmien välillä. (Carlisle, Hanlon & Hannah 2008.)

Niemelä (2005) on tutkinut pienituloisten kulutusta ja kulutuksen väestöryhmittäisiä eroja suomalaisessa aineistossa. Pienituloisten kulutuksessaan painottuivat elintarvike- ja asumismenot (Niemelä 2005, 46). Alimman ja keskimmäisen tuloviidenneksen kulutustapojen vertailussa pienituloisten kulutus erosi rakenteeltaan muiden väestöryhmien kulutuksesta. Heidän arkikulutukseensa vaikuttivat keskituloisia selvästi enemmän elinvaihetta ja elämäntilannetta osoittavat tekijät. Pienituloisten kulutus oli kaikissa kulutuserissä määrältään pienempää muihin tuloryhmiin verrattuna, mutta suhteelliset erot olivat pienempiä. (mts., 76–97.) Köyhyys rajoittaa taloudellisten resurssien puutteiden vuoksi myös sosiaalista toimintakykyä. Tarpeiden tyydyttämisen lisäksi on tärkeää, että resursseja on riittävästi sosiaaliseen osallisuuteen. (mts., 31.)

Lasten kulutukseen vaikuttaa perheen sosioekonominen asema. Kulutus- ja harrastusmahdollisuudet vaikuttavat lasten sosiaalisiin suhteisiin ja sosiaalisen aseman määrittymiseen. On havaittu, että mahdollisuus samanlaisiin tavaroihin ja harrastuksiin lisää yhteenkuuluvaisuuden tunnetta lasten välillä ja tukee ystävyyssuhteiden luomista ja ylläpitämistä. Kuluttamisen merkitykseen lasten elämässä vaikuttavat sekä kuluttamismahdollisuudet että sosiaalinen asema. Kuluttamisen muuttuminen yhä keskeisemmäksi ja tuloerojen kasvaminen lisäävät lasten kokemuksia eriarvoisuudesta.

(Hakovirta & Rantalaiho 2011.) Eriarvoisuuden kokemuksen lisäksi tutkimuksissa on saatu viitteitä siitä, että kulutusodotuksiin liittyvällä sosiaalisella stressillä on myös fyysisiä vaikutuksia. Sweetin (2010) tutkimuksessa havaittiin, että ristiriita perheen taloudellisesta asemasta johtuvien kulutusmahdollisuuksien ja sosiaalista asemaa symboloivien tavaroiden ja harrastusmahdollisuuksien välillä oli nuoruusikäisillä yhteydessä kohonneeseen verenpaineeseen (Sweet 2010).

Perheen sosioekonomisen aseman ja tulotason on havaittu olevan yhteydessä myös vapaa-ajan kulutukseen. Lapsiperheiden kulutuksessa korostuvat muun muassa kulttuuri- ja vapaa-ajan menot, joiden osuus perheen kulutuksesta lisääntyy lasten iän kasvaessa ja siirtyä kodin ulkopuolella oleviin urheilu- ja vapaa-ajan palveluihin. Jo kouluikäisten lasten ja nuorten vapaa-ajan kulutuksessa on havaittavissa yhteiskunnallisia jakoja. Koska vapaa-ajan toiminta on yksi ympäröivään yhteiskuntaan osallistavista tekijöistä ja tärkeää sosiaaliseen vuorovaikutukseen oppimisen kannalta, pidetään vapaa-ajan toimintamahdollisuuksien luomista teini-ikäisille tärkeänä nuorten syrjäytymisen ehkäisemisessä. (Niemelä & Raijas 2010, 128–130, 137–138.)

2.5.7 Kulttuuri ja liikunta

Vapaa-ajan harrastukset ja kulttuuritapahtumiin osallistuminen ovat yhteydessä myös terveyteen. Ruotsalaisessa seurantatutkimuksessa vapaa-ajan harrastukset vähensivät kuolemanriskiä kun huomioitiin ikä, sukupuoli, terveydentila ja alkoholinkäyttö (Konlaan, Theobald & Bygren 2002). Elokuissa, konserteissa, museoissa ja taidenäyttelyissä käymisen on havaittu vähentävän kuolemanriskiä silloinkin, kun sekoittavat tekijät, kuten ikä, sukupuoli, taloudellinen tilanne, koulutus, pitkäaikaissairaudet, tupakointi ja liikunnan määrä sekä musiikin harrastaminen ja kirjojen ja aikakauslehtien lukeminen on otettu huomioon (Konlaan, Bygren & Johansson 2000).

Ruotsalaisessa pitkittäistutkimuksessa aktiivinen kulttuuritapahtumiin osallistuminen oli yhteydessä hyväksi koettuun terveyteen². Tutkimuksessa havaittiin myös, että muutokset kulttuurisessa aktiivisuudessa olivat yhteydessä muutoksiin koetussa terveydessä. Jos vähäinen kulttuurinen harrastaminen tutkimuksen alussa oli lisääntynyt seuranta-aikana, arvioitiin terveyskin paremmaksi kuin lähtötilanteessa, ja hyväksi koetun terveyden todennäköisyys oli yhtä suuri kuin niillä, jotka olivat aktiivisia sekä tutkimuksen alussa että sen päättyessä. (Johansson, Konlaan & Bygren 2001.) Cuypers (2012) kollegoineen osoitti, että mitä useammin tutkittavat osallistuivat joko itse aktiivisesti tai katselijoina tai kuuntelijoina kulttuuriharrastuksiin, sitä parempi oli heidän koettu terveytensä ja tyytyväisyys elämäänsä sekä sitä vähäisempää oli ahdistuneisuus ja masentuneisuus silloinkin kun sosioekonominen asema, ikä, krooniset sairaudet, fyysinen aktiivisuus, tupakointi, painoindeksi ja alkoholinkäyttö oli vakioitu. (Cuypers, Krokstad, Holmen, Knudtsen, Bygren & Holmen 2012.)

Suomalaisessa Mini-Suomi -tutkimuksen aineistoon perustuvassa tutkimuksessa vapaa-ajan harrastaminen oli yhteydessä elossaoloon (survival) yli 20 vuoden seuranta-aikana siten, että suurempi harrastamisen määrä lisäsi todennäköisyyttä olla elossa seuranta-ajan lopussa. Tosin tässä tutkimuksessa lähtötilanteessa terveillä naisilla yhteys ei ollut merkittävä. (Hyypä, Mäki, Impivaara & Aromaa 2005.) Myös kuorossa laulamisen on osoitettu olevan yhteydessä hyväksi koettuun elämänlaatuun ja terveyteen (Louhivuori, Siljander, Luoma & Johnson 2012).

Kulttuurin harrastamiseen (cultural consumption) vaikuttavat sosiodemografiset tekijät, kuten sukupuoli ja ikä, mutta myös siinä on edelleen havaittavissa sosiaaliseen asemaan, koulutukseen ja tuloihin liittyvää kerrostuneisuutta (Chan 2010, 233–242). Sosioekonomisen aseman on havaittu olevan yhteydessä kulttuuriharrastukseen siten, että mitä matalampi on sosioekonominen asema, sitä vähäisempää on osallistuminen kulttuuriharrastuksiin (Cuypers ym. 2012; Johansson ym. 2001). Sosioekonomiseen asemaan liittyviä eroja on havaittu myös kulttuurimaun laaja-alaisuudessa ja kulttuurisessa aktiivisuudessa. Kulttuuriseen aktiivisuuteen vaikuttaa lisäksi asuinympäristö: suuremmissa kaupungeissa kulttuuriharrastuneisuus on suurempaa, sillä

² Koetun tai itsearvioidun terveyden on osoitettu olevan hyvä terveydentilan mittari, joka on yhteydessä objektiiviseen terveydentilaan ja kuolleisuuteen (Idler & Benyamini 1997; Manderbacka, Lahelma & Martikainen 1998; Luoto, Paronen & Andersson 2008).

kulttuuritarjontaa on enemmän ja se on helpommin saavutettavissa. (Chan 2010, 233–242.)

Liikunnan harrastamisen myönteiset vaikutukset terveyteen tunnetaan hyvin. Säännöllinen liikunta edistää fyysistä ja psyykkistä terveyttä sekä sosiaalista hyvinvointia. Sen avulla voidaan edistää terveyttä ja toimintakykyä, ehkäistä ja hoitaa monia sairauksia sekä kuntouttaa sairauden tai vamman jälkeen. (ks. Cavill, Kahlmeier & Racioppi 2006, 5–7; Alen & Rauramaa 2012; Vuori, Taimela & Kujala 2012.) Myös liikunnan harrastamisessa on sosioekonomiseen asemaan liittyviä eroja (Chinn, White, Harland, Drinkwater & Raybould 1999; Mäkinen 2010, 58–64). Vanhempien sosioekonomisen aseman on havaittu vaikuttavan liikunta-aktiivisuuteen joko oman aikuisuuden sosioekonomisen aseman tai elintapojen välityksellä. Pienituloiset harrastavat vähemmän työmatkaliikuntaa ja liikuntaa vapaa-aikana, ja heidän mahdollisuutensa harrastaa liikuntaa on erilainen kuin suurituloisten. Tulot vaikuttavat todennäköisesti liikuntaharrastuksiin vaikuttaviin aineellisiin resursseihin kuten mahdollisuuteen hankkia liikuntaharrastusvälineitä. Mäkinen (2010) toteaaakin, että polkuja lapsuuden heikoista sosioekonomista oloista aikuisuuden liikuntaharrastuksen määrään voidaan pitää ”riskien ketjuna”. (Mäkinen 2010, 58–64.)

Vapaa-ajan kulutustapojen merkitys sosiaalisen identiteetin syntymisen ja elämäntyylin ylläpitämisen välineenä on kasvanut. Kun kulutusstandardit ovat samanaikaisesti nousseet, on pienituloisten ja heidän lastensa yhä vaikeampaa täyttää vapaa-ajan kulutukseen liittyviä sosiaalisia odotuksia. (ks. Bauman 2005, 38–40; Carlisle ym. 2008.) Onkin esitetty, että terveyden edistämisessä tulisi madaltaa kynnystä osallistua vapaa-ajan kulttuuri-, sosiaaliseen ja uskonnolliseen toimintaan (Hyypä, Mäki, Impivaara & Aromaa 2005) sekä järjestää edullisia ja helposti saavutettavia urheilu- ja vapaa-ajan harrastusmahdollisuuksia terveyden edistämiseksi ja terveyserojen kaventamiseksi (Currie ym. 2012, 137; Power & Kuh 2006, 49).

3 YHTEISKUNTAPOLITIikka JA TERVEYS

3.1 Yhteiskuntapolitiikka

Yhteiskuntapolitiikalla tarkoitetaan toimintaa, joka sisältää sekä julkisen vallan että kansalaisyhteiskunnan toiminnan. Se on myös harjoitettavaa yhteiskuntapolitiikkaa tarkasteleva tieteenala. Suppeamman määritelmän mukaan yhteiskuntapolitiikka on julkisen vallan toimintaa. Sen avulla pyritään mahdollisimman hyvään yhteiskuntaan, joka rakentaa kansalaisilleen menestymisen edellytyksiä, hyvinvointia, elintasoja ja elämänlaatua. Yhteiskuntapolitiikkaan liittyy ajatus siitä, että yhteiskuntaa voidaan ja sitä tulee kehittää. (Savikuja 2005, 9–13.)

Muodollisesti yhteiskuntapolitiikkaa ohjaa perustuslaki, jossa määritellään yhteiskuntapoliittisen vallankäytön ja vallanjoon perusteet (Husa & Pohjolainen 2008, 59). Tarkasteltaessa yhteiskuntapolitiikkaa julkisen vallan toimintana ovat sen toimijoita valtio, kunnat ja niiden yhteistyöelimet sekä Euroopan unioni. Näiden lisäksi julkista valtaa käyttävät ja julkisia tehtäviä hoitavat muut julkisyhteisöt, kuten Kansaneläkelaitos. Lainsäädäntövaltaa valtiossa käyttää eduskunta ja ylintä toimeenpanovaltaa hallitus. (Savikuja 2005, 27.) Tässä tutkielmassa yhteiskuntapolitiikkaa tarkastellaan nimenomaan julkisen vallan toimintana.

Julkisen vallan harjoittamaa yhteiskuntapolitiikkaa voidaan pitää yleisenä poliittisena linjana, joka jakautuu politiikkalohkoihin. Näiden tavoitteissa ilmenevät yleisemmät poliittiset linjaukset, jotka näkyvät muun muassa hallitusohjelmissa ja talousarvioesityksissä. (Savikuja 2005, 34.) Julkinen valta eroaa yksityisestä monin tavoin: sen toimintaa säädellään oikeusnormein; yleisen edun valvonta ja edistäminen oikeuttavat sen toimintaa; julkisella vallalla on lain suoma oikeus käyttää pakkokeinoja; sen toiminnan lähtökohtana ovat kansalaisten tarpeet ja toiminta rahoitetaan pääosin verovaroin; sitä ohjaa demokratia eli toiminnasta päättäminen kuuluu kansalaisten poliittisille päätöksentekuelimille ja toimintaa ohjataan budjeteilla (Savikuja 2005, 40).

3.2 Yhteiskuntapolitiikka ja terveyserojen kaventaminen

Kaikilla julkisen vallan toimilla on potentiaalisia terveyteen ja terveyden tasa-arvoon kohdistuvia vaikutuksia, myös niillä, joiden tavoitteet ja tehtävät eivät suoranaisesti liity terveyteen (CSDH 2008, 110; Kauppinen & Ståhl 2009). Terveyden ja terveyserojen kaventamisen näkökulmasta kaikkien hallinnonalojen politiikan tulisi olla johdonmukaista. Tämä puolestaan edellyttää sitä, että kaikkien hallinnonalojen tavoitteita ja toimia tarkastellaan myös terveystieteiden näkökulmasta. (CSDH 2008, 110.)

Lainsäädäntö on terveyden kannalta tärkeää. Se vaikuttaa yhteiskunnallisten olosuhteiden kehitykseen ja yhteiskunnan vakauteen, jotka muovaavat terveyden sosiaalisia determinantteja. Lait voivat toimia myös väylänä, jota pitkin sosiaaliset determinantit vaikuttavat väestön terveyteen. Välineellisen ja sääntelevän tehtävän lisäksi ne muokkaavat ihmisten käsitystä ja kokemuksia yhteiskunnasta. (Burris, Kawachi & Sarat 2002.)

Yhteiskuntapolitiikan avulla terveyseroihin voidaan vaikuttaa ohjaamalla resursseja niiden syntyyn keskeisesti vaikuttaviin terveyden determinantteihin. Erityisen tärkeää on vaikuttaa lapsuuden olosuhteisiin ja vähentää lapsiköyhyyttä (Sihto ym. 2007, 207) sekä huolehtia lasten, lapsiperheiden ja vanhuksien sosiaaliturvasta (Lundberg ym. 2010). Koko väestöä koskevia terveys- ja yhteiskuntapolitiittisia ratkaisuja pidetään terveyserojen kaventamisessa keskeisinä, vaikka niitä onkin usein poliittisesti vaikeaa toteuttaa (Puska 2010, 65–66). Tämän lisäksi terveyserojen kaventamiseksi tarvitaan monenlaisia, eri-ikäisiin kohdistettuja toimia (Power & Kuh 2006, 48–49). Koska sosioekonomiset terveyserot syntyvät monentasoisten tekijöiden, kuten yhteiskunnan rakenteiden, elintapojen ja palvelujärjestelmän toiminnan seurauksena, tarvitaan niiden kaventamiseen toimia monilla eri tasoilla (Sihto ym. 2002, 325–330) ja aloilla (Sihto & Palosuo 2013, 233). Näitä ovat muun muassa talous-, sosiaali-, työ-, koulutus-, asunto-, maatalous-, alue-, vero- ja terveystieteelliset toimet.

Terveystieteellisyys on keskeinen sosioekonomisiin terveyseroihin vaikuttava yhteiskuntapolitiikan lohko. Sen avulla voidaan muun muassa kohdentaa

terveydenhuollon palveluja eri väestöryhmille sekä tarjonnaltaan että sisällöltään tarpeidenmukaisesti. Terveyspolitiikan avulla voidaan myös tarkastella, tukea ja ohjata muiden yhteiskuntapolitiikan lohkojen toimia niin, että ne edistäisivät väestön terveyttä ja kaventaisivat terveyseroja. Terveyspolitiikka voi auttaa tunnistamaan muiden yhteiskuntapolitiikan lohkojen vaikutuksia terveyteen ja terveyseroihin, ennakoimaan suunniteltujen toimien vaikutuksia terveyteen ja siten osallistua yhteiskuntapolitiikan kehittämiseen. (Koskinen, Sihto, Keskimäki & Lahelma 2002, 45–49; Koskinen & Martelin 2013, 65.) Terveyspolitiikkaan vaikuttavat julkisen vallan lisäksi myös etujärjestöt, terveydenhoito- ja lääketeollisuus sekä media (Jauho 2013, 357).

Talous- ja sosiaalipolitiikka ovat tärkeitä terveyden rakenteellisia determinantteja, ja myös niiden avulla voidaan vaikuttaa väestön terveyseroihin (Lynch & Kaplan 2000, 30). Talouspolitiikan merkitys väestön terveyteen perustuu siihen, että sen avulla määritellään aineellisten tekijöiden jakautumista yhteiskunnassa. Tämä taas vaikuttaa ihmisten kohtaamien aineellisten ongelmien määrään sekä heidän kykyynsä selvitä niistä. Tulojen uudelleenjaon, julkisten palveluiden ja koulutuksen avulla julkinen valta voi vähentää aineellisen eriarvoisuuden vaikutusta terveyteen. (Hall & Taylor 2009, 85–97.)

Julkisen vallan toimia pidetään olennaisina terveyserojen kaventamisessa. Julkinen valta voi taata peruspalvelut ja edistää ihmisoikeuksia, kuten oikeutta koulutukseen ja terveydenhoitoon sekä riittävään elintasoon ja ohjata voimavarojen jakautumista oikeudenmukaisemmin. OECD-maissa toteutettujen universaalien hyvinvointijärjestelmien avulla onkin onnistuttu vähentämään köyhyyttä ja syrjäytymistä, edistämään sosiaalista koheesiota ja parantamaan väestön terveyttä. Ne maat, joissa on kattavampi hyvinvointivaltio ja säädellyt työmarkkinat, ovat kyettyneet muun muassa parantamaan työsuhteita ja työoloja muita maita paremmin. (Blas ym. 2008.)

Julkinen valta voi edistää terveyden tasa-arvoa myös politiikan linjausten, lainsäädännön ja säännösten avulla. Näitä voidaan käyttää poikkihallinnollisten, terveyden sosiaalisiin determinantteihin suunnattujen toimien ohjaamiseen. Tehokkaimpina pidetään toimia, joissa on selkeästi nimetty ja määritelty eri hallinnonalojen vastuut ja roolit, yhteistyön aikataulu sekä käytettävissä olevat resurssit.

Terveyserojen kaventamisen kannalta on myös tärkeää luoda ja ylläpitää järjestelmiä, joiden avulla voidaan seurata väestön terveyttä myös väestöryhmittäin. Lisäksi voidaan edellyttää politiikkojen ja toimien arviointia terveyserojen kaventamisen näkökulmasta. (Blas ym. 2008.)

Koko väestöön kohdistuvien universaalien politiikkojen, kuten esimerkiksi verotusjärjestelmän tai palveluiden järjestämisen, vaikutukset saattavat olla erilaisia eri väestöryhmissä. Koko väestöön kohdistuvia politiikkoja voidaan pitää sekä terveyden determinantteina itsessään että interventioina, joiden tavoitteena on parantaa laajempien terveyden determinanttien vaikutuksia. (Milton, Moonan, Taylor-Robinson & Whitehead 2011, 4.) Näiden politiikkojen vaikutuksia terveyteen ja sen jakautumiseen on kuitenkin vaikeaa arvioida, koska terveysvaikutukset syntyvät usein pitkien vaikutusketjujen seurauksena ja saattavat ilmetä vasta seuraavassa sukupolvessa. Tämän vuoksi pidetään hyödyllisempänä tarkastella näitä vaikutuksia välittäviä tekijöitä. Politiikkojen vaikutusten arvioinnissa tulee ottaa huomioon, että niitä toteutetaan aina tietyssä historiallisessa ja yhteiskunnallisessa kontekstissa, minkä vuoksi niiden vaikutukset saattavat olla erilaisia jossakin toisessa kontekstissa. (mts., 9–12.)

Politiikan toimien vaikutuksia terveyteen aliarvioidaan helposti, koska niiden suoraa vaikutusta terveyteen ja sen determinantteihin on vaikeaa osoittaa. Voi myös olla virheellistä päätellä, että niillä politiikoilla, joiden vaikuttavuudesta ei ole näyttöä, ei kuitenkaan olisi vaikutuksia terveyteen ja sen jakautumiseen. Politiikkoihin liittyvien toimien vaikutusten arvioinnin vaatima aika saattaa kuitenkin vaikeuttaa näytön hyödyntämistä poliittisessa päätöksenteossa, sillä tutkimusnäyttöä päätöksenteon tueksi tarvittaisiin usein nopeammin, kuin sitä on mahdollista tuottaa. (Milton ym. 2011, 9–10.) Tutkimusnäytön lisäksi poliittista päätöksentekoa ohjaavat aina myös poliittiset ja arvoihin liittyvät käsitykset (Leppo 2009; Vallgård 2006). Näin se, pidetäänkö epätasa-arvoa epäoikeudenmukaisena, tarpeettomana tai vältettävänä, on aina poliittinen ja moraalinen kysymys. (Vallgård 2006.)

3.3 Terveys kaikissa politiikoissa

Yksi suomalaisen hyvinvointiyhteiskunnan kehittämisen keskeisistä ajatuksista on ollut väestön terveyden edistäminen huomioimalla terveystieteiden ja terveysseuraamukset kaikilla yhteiskuntapolitiikan sektoreilla (Melkas 2013; Tervonen-Gonçalves & Lehto 2004). Puro (1974, 79, 164–167) piti terveystieteiden ja muun yhteiskuntapolitiikan heikkoja keskinäisiä yhteyksiä laaja-alaisen terveystieteiden toteuttamisen ja terveystieteiden tavoitteiden saavuttamisen esteenä. Hän korosti, että terveystieteellisiä ratkaisuja tehdään ja terveyteen vaikutetaan lähes kaikilla politiikan sektoreilla, minkä vuoksi terveystieteen tuli nähdä osana koko yhteiskuntapolitiikkaa. Puro (1974, 46) esitti myös päätösten terveystieteiden arvioimista yhteiskuntapolitiikassa päätöksenteossa. Suomi oli myöhemmin aktiivisesti edistämässä edellä mainitun näkemyksen omaksumista myös Euroopan unionissa (Suomen 1990-luvun...2002, 17) ja teki Euroopan Unionin puheenjohtajuuskaudellaan vuonna 2006 aloitteen Terveys kaikissa politiikoissa -strategiaksi nimetyn periaatteen ottamisesta käyttöön myös eurooppalaisessa politiikassa (Koivusalo 2010, 500–503; Puska & Ståhl 2010).

Terveys kaikissa politiikoissa (Health in All Policies, HiAP) -strategian tavoitteena on edistää, ylläpitää ja suojella väestön terveyttä sen determinantteihin vaikuttamalla. Taustalla on vahva tutkimusnäyttö siitä, että väestön terveys määräytyy suurelta osin elinolosuhteiden ja muiden yhteiskunnallisten ja taloudellisten tekijöiden eli determinanttien vaikutuksesta. HiAP perustuu niiden terveyden determinanttien huomioimiseen, joiden avulla voidaan edistää terveyttä, mutta joita säädellään pääosin muiden kuin terveyssektorin politiikalla. Strategian mukaan tehokkaimmin terveyteen vaikutetaan juuri muilla kuin terveyssektorin politiikoilla ja toimilla. (Sihto, Ollila ja Koivusalo 2006, 3–5; Puska & Ståhl 2010.) Näitä ovat muun muassa maatalous-, koulutus-, ympäristö-, vero-, asunto- ja liikennepolitiikka (Wismar, Lahtinen, Ståhl, Ollila & Leppo 2006, xviii).

Yhteiskunnallisten tekijöiden ja yhteiskuntapolitiikan yhteys väestöryhmien terveyteen on tunnettu Suomessa jo kauan (ks. esim. Waris 1973, 219–250). Poliittisia päätöksiä on aikaisemmin jouduttu tekemään ilman tarkkaa tietoa niiden seurauksista. Poliittisen

päätöksenteon taustalla on kuitenkin aina olemassa olevan tietoperustan lisäksi päätöksiin vaikuttavia julkilausuttuja tai julkilausumattomia arvoja (Leppo 2009). Hyvinvointivaltion perustaa luoneet päätökset ovat syntyneet poliittisina kompromisseina, eikä niiden taustalla ole ollut tarkkoja suunnitelmia hyvinvointivaltion synnyttämiseksi (Kangas 2006, 190–191). Nämä päätökset ovat myöhemmin osoittautuneet terveyden ja tasa-arvon kannalta onnistuneiksi.

Nykyään tutkimustietoa eri tekijöiden vaikutuksesta terveyteen on saatavilla, minkä vuoksi päätösten vaikutuksia on mahdollista arvioida etukäteen. Terveys kaikissa politiikoissa -strategian perimmäisenä tavoitteena onkin edistää tieteelliseen näyttöön perustuvaa päätöksentekoa. HiAP liittyy Maailman terveysjärjestössä WHO:ssa Terveyttä kaikille -ohjelman osana kehitettyihin Healthy public policies - ja Intersectoral action for health -ohjelmiin, joissa on samanlainen perusajatus tarpeesta tuoda terveystieteellistä myös terveystieteiden ja -sektorin ulkopuolella oleviin politiikkoihin. (Sihto ym. 2006, 3–5; Puska & Ståhl 2010; Ollila 2011.) WHO:n Social Determinants on Health -komission mukaan johdonmukainen kansallinen toiminta terveyden tasa-arvon ja terveyserojen sosiaalisten determinanttien suhteen edellyttää Terveys kaikissa politiikoissa -strategian omaksumista (CSDH 2008, 120–124).

Leppo (2009) toteaa, että Suomessa terveystieteiden ja politiikan muiden sektoreiden yhteistyö on vaihdellut toimialoittain. Yhteistyötä ovat edistäneet arvopohjan samankaltaisuus ja tavoitteiden samansuuntaisuus. Tämä on näkynyt esimerkiksi yhteistyössä liikenneturvallisuus-, työturvallisuus- sekä opetustoimen ja liikunta- ja nuorisotoimen kanssa. Sen sijaan hinta- ja veropolitiikassa sekä terveydenhuollon maksupolitiikassa terveystavoitteisen hintapolitiikan edistäminen on ollut vaikeaa. Kuvaavana esimerkkinä tästä hän pitää päätöstä alkoholiveron huomattavasta alentamisesta vuoden 2004 alusta. (Leppo 2009.) Melkas (2013) pitää Terveys kaikissa politiikoissa -strategian toimeenpanon kannalta tärkeänä pääministerin ja hallituksen sitoutumista väestön terveyden edistämiseen kaikessa yhteiskuntapolitiikassaan, sillä heidän toimintansa ohjaa kaikkien (muidenkin, kuin terveyshallinnon) hallinnonalojen toimintaa (Melkas 2013).

Terveyden edistäminen kaikilla yhteiskuntapolitiikan aloilla on osoittautunut haasteelliseksi. Ongelmia on havaittu olleen erityisesti terveystieteiden

toimeenpanossa. Sihto ja Keskimäki (2000) ovat pitäneet politiikan tavoitteiden saavuttamisen kannalta tärkeänä sitä, että poikkihallinnollisten terveystoiminnan linjausten toimeenpano suunniteltaisiin huolellisesti. (Sihto & Keskimäki 2000.)

Hallinnonalojen välistä yhteistyötä voidaan edistää myös terveyssektorin toimintatapoja kehittämällä. Pettersson (2010) on esittänyt Ruotsissa hallinnonalojen välisen yhteistyön onnistumisen kannalta tärkeiksi havaittuja tekijöitä. Terveys kaikissa politiikoissa -strategian ja ylipäättään terveystoiminnan linjausten toteuttamisessa terveyden hallinnonalan toimijoiden tulisi ottaa huomioon useita yhteistyön kehittämisen ja terveystavoitteiden saavuttamisen kannalta tärkeitä tekijöitä. Ei tule olettaa, että terveys olisi muiden hallinnonalojen tärkein tavoite. Toimijoiden tulisi pyrkiä tunnistamaan ja hyödyntämään terveys- ja muille hallinnonaloille yhteisiä tavoitteita. Heidän tulisi myös ymmärtää, että terveyden edistäminen vaikuttamalla sen determinantteihin oman hallinnonalan toimilla saattaa olla muiden hallinnonalojen edustajille vaikeasti omaksuttava lähestymistapa. Yhteistyön tulisi olla lähtökohdiltaan tasa-arvoista, ja siinä tulisi tunnistaa ja ottaa huomioon muiden hallinnonalojen erilainen kielenkäytön tapa ja käsitteet. Terveysalan edustajien tulisi myös kunnioittaa muiden hallinnonalojen edustajien asiantuntemusta. Yhteistyön aikataulun pitää olla riittävä ja yhteistyön edistymistä ja tavoitteiden saavuttamista tulisi seurata. (Pettersson 2010.)

3.4 Verotus yhteiskuntapolitiikan osana

3.4.1 Verotusjärjestelmä ja sen tavoitteet

Suomessa verojärjestelmän tehtävä on vastata julkisen talouden rahoitustarpeeseen tehokkaalla ja yleisen yhteiskuntapolitiikan mukaisella tavalla (Valtiovarainministeriö 2012). Valtionverosta ja kunnallisverosta tulee perustuslain mukaan säätää lailla (Husa & Pohjolainen 2008, 208). Varsinaisten verojen lisäksi verotukseen voidaan katsoa kuuluviksi myös lakisääteiset, kaikille pakolliset sosiaalivakuutusmaksut kuten sairausvakuutus-, työttömyysvakuutus- ja eläkevakuutusmaksut (Husa & Pohjolainen 2008, 208; Kiander & Lönnqvist 2002, 88).

Verottamisen tärkeimpiä tavoitteita ovat tulojen hankkiminen julkiselle vallalle, uudelleenjako sekä resurssien allokaation (jakautumisen) korjaaminen (Tuomala 2009, 156). Uudelleenjaolla tarkoitetaan tulojen siirtämistä ihmisten välillä tai yksilön elinkaaren sisällä. Tulonjaon suuruus on yhteiskunnan arvovalinta. (Pirttilä & Tuomala 2009, 30.) Verotus on yksi keskeisistä tavoista, joilla julkinen valta vaikuttaa kansalaisten hyvinvointiin (Orton & Davies 2009, 34). Sen avulla voidaan myös lisätä yhteiskunnan oikeudenmukaisuutta (Baum ja Fisher 2010; Mirrlees ym. 2011). Verot ja tulonsiirrot ovat tärkeimpiä mekanismeja, joilla voidaan vaikuttaa tuloeroihin (Mirrlees ym. 2011; Tuomala 2009, 362–366). Veroja voidaan kerätä ansio- ja pääomatuloista, varallisuudesta sekä välillisinä veroina (Tuomala 2009, 362–366). Vuodesta 1993 lähtien ansio- ja pääomatuloja on verotettu eri tavalla: ansiotulojen verotus on progressiivista kun taas kaikkia pääomatuloja verotetaan tasaverotyyppisesti eli saman veroprosentin mukaisesti. (Kiander 2009, 22–23; Tuomala 2009, 157.)

Valtion tulovero, kunnallisvero, kirkollisvero, sosiaaliturvamaksut, kuntien kiinteistövero, korkotulojen lähdevero ja perintö- ja lahjaverot ovat välittömiä veroja. Välittömät verot maksetaan, usein ennakonpidätyksenä, suoraan verottajalle. (Eerola & Rauhanen 2009, 194.) Varsinainen varallisuusvero lakkautettiin Suomessa vuonna 2006. Varallisuuteen kohdistuvia veroja ovat edelleen perintö- ja lahjaverot. Perintöveroa koskevien tutkimusten perusteella on arvioitu, että perinnöt selittävät varallisuuseroja. (Tuomala 2009, 277–279, 283–284.) Yhteiskunnan tasa-arvon kannalta perintöjen ja lahjoitusten verottaminen on tärkeää, sillä se vähentää varallisuuserojen periytymistä (Mirrlees ym. 2011). Myös kiinteistövero kohdistuu varallisuuteen, mutta se kohdistuu erityisesti niiden pieni- ja keskituloisten varallisuuteen, joilla sitä ylipäättään on. Siitä pääosan muodostaa yleensä asunto. Varakkaiden omaisuudesta suuremman osan muodostavat puolestaan finanssivarallisuus ja maaomaisuus. (Kiander 2009, 24.)

Valmisteverot ja arvonlisäverot ovat välillisiä veroja. Valmisteveroja voidaan käyttää valtion rahoituksen lisäksi edistämään myös muita, kuten sosiaali- ja terveys-, ympäristö-, energia-, liikenne- tai elinkeinopolitiikan tavoitteita (Valtioneuvosto 2012). ”Syntiveroja”, kuten esimerkiksi alkoholi- ja tupakkaverot, voidaan perustella muun muassa sillä, että alkoholin ja tupakan kulutuksella on haitallisia ja yhteiskunnalle kustannuksia aiheuttavia ulkoisvaikutuksia kuten terveys- ja sosiaalisia haittoja

(Mirrlees ym. 2011; Tuomala 2009, 206–208). Alkoholin verotusta suunniteltaessa on huomioitava sen kulutusta ohjaava vaikutus. Se voi vähentää kulutusta, mutta saattaa myös ohjata suurkuluttajia käyttämään haitallisempia korvikkeita, mikäli verotus on kovin ankaraa. (Tuomala 2009, 206–208.) Valmisteveroja kerätään alkoholin lisäksi muun muassa tupakasta, autoista (autovero ja vuotuinen ajoneuvovero) ja energiasta (polttoaineverot ja sähkövero) (Kiander 2009, 25; Verotuksen kehittämistyöryhmän loppuraportti. 2010, 117–118).

Arvonlisävero on yleinen kulutusvero, ja EU-jäsenyys edellyttää sen käyttämistä. Arvonlisävero kohdistuu lähes kaikkien tavaroiden ja palvelujen kulutukseen ja on tarkoitettu lopullisten kuluttajien maksettavaksi. Arvonlisäveroa kantavat verovelvolliset yritykset, jotka sisällyttävät veron hintoihinsa. Käytössä on yleisen arvonlisäverokannan lisäksi kaksi alennettua verokantaa sekä nollaverokanta. Arvonlisäveroja kerätään muun muassa hyödykkeistä kuten elintarvikkeista, lääkkeistä, kirjoista ja sanoma- ja aikakauslehdistä sekä julkisesta liikenteestä ja palveluista kuten liikuntapalveluista ja kulttuuri- ja viihdetilaisuuksista. (Valtiovarainministeriö 2012.)

Valtiontaloudellisten tavoitteiden lisäksi verotusta voidaan käyttää ohjauskeinona. Esimerkiksi valmisteverotuksen avulla voidaan edistää muun muassa sosiaali- ja terveys- tai ympäristöpoliittisten tavoitteiden toteutumista. (Mirrlees ym. 2011; Valtiovarainministeriö Valmisteverotus 2012.) Verotuksen tehtävä on kerätä julkiselle vallalle varoja, mutta terveyden ja terveyserojen kannalta on merkityksellistä se, mistä veroja kerätään ja kuinka verotaakka jakautuu. Yksityiseen kulutukseen kohdistuvat verot ovat usein regressiivisiä eli vaikuttavat suhteellisesti enemmän pienituloisiin, koska nämä kuluttavat tuloistaan suurituloisia suuremman osan (Kiander 2009, 25; Kiander & Lönnqvist 2002, 89; Prasad 2008). Suoraa (välitöntä) verotusta pidetäänkin tasa-arvon näkökulmasta välillistä verotusta parempana (CSDH 2008, 123; Mirrlees ym. 2011).

3.4.2 Verotus tulonjaon välineenä

Sosioekonomisia eroja synnyttävät yhteiskunnalliset olosuhteet ovat terveyden kannalta tärkeitä. Sosioekonomisen kerrostuneisuuden jyrkkyyteen vaikuttavat yhteiskunnalliset toimet, jotka kumuloituvat ja juurtuvat yhteiskunnan instituutioihin ajan kuluessa. Tämä on havaittavissa esimerkiksi eroissa eri maiden köyhyysluvuissa ennen veroja ja tulonsiirtoja ja niiden jälkeen. (Hertzman & Siddiqi 2010, 29.)

Beaujot ja Liu (2002) havaitsivat lapsiköyhyyttä ja sen syitä tutkiessaan, että lapsiköyhien osuus ennen veroja ja tulonsiirtoja ja niiden jälkeen vaihteli 18 maan aineistossa suuresti. Yksinhuoltajaäitien perheiden köyhyys ennen tulonsiirtoja oli kaikissa tutkituissa maissa yleistä vaihdellen Italian 32 prosentista Alankomaiden 80 prosenttiin. Siirtomenojen jälkeen erot lapsiköyhyydessä olivat maiden välillä suurempia ja vaihtelivat Yhdysvaltojen 60 prosentista Saksan 4 prosenttiin. Belgiassa, Tanskassa, Suomessa, Saksassa, Luxembourgiassa ja Ruotsissa yksinhuoltajaäitien perheistä köyhiä oli 10 % tai vähemmän, kun taas Australiassa, Kanadassa, Irlannissa ja Yhdysvalloissa heistä köyhiä oli 40 % tai enemmän. Tulonsiirtojärjestelmän lapsiköyhyyttä vähentävä vaikutus vaihteli maittain. Tutkijat havaitsivat myös merkitsevän yhteyden lapsiköyhyyden määrän ja koko väestön köyhyyden määrän välillä ja pitivät sekä korkeampaa verotusta että suurempia tulonsiirtoja keskeisinä köyhyyden vähentämisessä. (Beaujot & Liu 2002, 4–7, 12.)

Perhe-etuuksien lisäksi yksinhuoltajaperheiden lapsiköyhyyttä voidaan vähentää myös verotuksen avulla. Esimerkiksi Itävallassa yksinhuoltajat ovat voineet saada verohyvityksen, ja Kanadassa yksinhuoltajaperheen ensimmäisestä lapsesta on saatu vastaava veroalennus kuin palkkatyöstä poissa olevan puolison saama. Belgiassa ja Tanskassa yksinhuoltajat ovat saaneet veroetujen lisäksi mahdollisuuden julkisesti tuotettuihin asuntoihin. Useissa maissa käytetään normaalien perhe-etuuksien lisäksi vain yksinhuoltajille suunnattuja etuuksia. (Beaujot & Liu 2002, 11.) Pienituloisille suunnattujen ansiotulovähennysten, (kuten earned income tax credit Yhdysvalloissa) on havaittu kannustavan työntekoon ja vähentävän köyhyyttä erityisesti yksinhuoltajaäitien perheissä (Arno, Sohler, Viola & Schechter 2009).

Verotus vaikuttaa sekä työllisyyteen että kulutukseen (Mirrlees ym. 2011). Sen painopistealueesta on esitetty erisuuntaisia kantoja. Korkean tuloverotuksen katsotaan vähentävän työllisyyttä, sillä se nostaa kynnystä siirtyä työhön tai palkata työntekijöitä (Verotuksen kehittämistyöryhmän loppuraportti. 2010, 69–70; Korkman 2009, 21; Lassila 2009, 47–51). Toisaalta työnteon kannattavuutta voidaan lisätä työtuloihin sovellettavilla verovähennyksillä, jotka voidaan kohdistaa määritellyille tulotasoille. Työtuloihin kohdistettu verovähennys lisää kuitenkin suhteellista köyhyyttä (Verotuksen.... 2010, 68–69.), sillä se ei kasvata työn ulkopuolella olevien, kaikista pienituloisimpien käytettävissä olevia tuloja. Välillisellä, kulutukseen kohdistuvalla verotuksella puolestaan on regressiivinen vaikutus (Kiander 2009, 25; Kiander & Lönnqvist 2002, 89). Tuloverotuksen keventämistä ja kulutusverojen nostamista pidetään tärkeänä työllisyyden ja tuottavuuden lisäämiseksi, kun taas terveyden ja terveyserojen kaventamisen näkökulmasta tärkeänä pidetään ensisijaisesti progressiivisen tuloverotuksen painottamista.

3.4.3 Verotus ohjauskeinona

Verotuksella voidaan vaikuttaa väestön terveyteen determinanttien välityksellä. Vaikka rakenteelliset tekijät ovat terveyden jakautumisessa keskeisiä ja vaikuttavat myös elintapoihin, on terveyden edistämistä verotuksen avulla tutkittu kuitenkin pääosin kulutukseen ja elintapoihin vaikuttamisen näkökulmasta. Thow, Jan, Leeder ja Swinburn (2010, 609–614) tarkastelivat kansainvälistä näyttöä ruokaveron ja -tukien vaikutuksista ruokavalioon, lihavuuteen ja kroonisiin sairauksiin. Tämä 24 tutkimuksen review-katsaus antoi viitteitä siitä, että korkean tulotason maissa ruokaveroilla ja -tuilla voitaisiin vaikuttaa kulutukseen ja että korottamalla tuntuvasti lihottavien ruokien verotusta voitaisiin saada aikaan myönteisiä terveysvaikutuksia, kuten ylipainon vähenemistä ja pitkäaikaissairauksien riskin pienenemistä. Jensenin ja Smedin (2007) laskennallisiin malleihin perustuvissa simulaatioissa ruokaverojen ja tukien vaikutuksesta ruokavaliomuutoksiin havaittiin, että tehokkaimpia olisivat muutokset, joissa veroinstrumenttia käytettäisiin ravintoaineisiin valmisteverojen sijaan.

Ruoan lisäksi tutkimusta on tehty verotuksen vaikutuksesta alkoholin ja tupakan kulutukseen ja niiden aiheuttamiin haittoihin. Patran ym. (2012) review-katsauksessa alkoholiveron nostamisen ja alkoholin hinnan korottamisen todettiin vähentävän alkoholihaittoja ja -kuolemia. Verotuksen vaikutus alkoholin kulutukseen näkyy myös toisin päin. Suomessa alkoholiveron alentaminen vuonna 2004 lisäsi alkoholinkulutusta, alkoholisairauksia ja alkoholiperäisiä kuolemia huomattavasti (Mäkelä & Österberg 2009). Verotuksen on havaittu olevan yksi kustannusvaikuttavimmista keinoista alkoholin kulutuksen ja alkoholin aiheuttamien yhteiskunnallisten kustannusten vähentämisessä (Elder 2010; Patra ym. 2012). Myös tupakan hinnan korottaminen sen verotusta korottamalla vähentää kulutusta. Hintojen nousu lisää tupakoinnin lopettamista, vähentää tupakointia jatkavien tupakoinnin määrää ja nostaa erityisesti nuorten kynnystä aloittaa tupakointi. (Chaloupka, Straif & Leon 2011).

Tehokkaimpana tapana käyttää verotusta kannustimena terveellisempiin elintapoihin on pidetty sen yhdistämistä muihin toimiin, kuten tietoa lisääviin ja asenteisiin vaikuttaviin kampanjoihin. Veroinstrumentin käytössä on kuitenkin huomioitava, että hintajousto saattaa vaihdella eri väestöryhmissä esimerkiksi käytettävissä olevien tulojen, mieltymysten tai terveellisiin elintapoihin liittyvän tietämyksen ja asenteiden suhteen. Koko väestöön suunnattujen taloudellisten kannustimien käyttö saattaaakin pahimmassa tapauksessa koitua pienituloisimpien maksettavaksi. Kohonneet hinnat saattavat myös ohjata kuluttajia korvaamaan tuotteet muilla, terveyden kannalta haitallisemmilla tuotteilla. Osa kannustinvaikutuksista saattaa myös jäädä tuottajien tai kaupan katteisiin. (Jensen & Smed 2007; Tiffin & Arnoult 2011.) Veroinstrumentin käytössä tulee lisäksi huomioida sen hallinnolliset kustannukset.

Verotusta koskevan kirjallisuuden perusteella voidaan todeta, että verotus vaikuttaa terveyden keskeisiin determinantteihin, kuten tulonjakoon, käytettävissä oleviin tuloihin, varallisuuteen, kulutukseen, työllisyyteen, asumiseen ja elinolosuhteisiin sekä vapaa-aikaan ja harrastamiseen. Tämän lisäksi verotuksen avulla vaikutetaan hyvinvointivaltion rakenteisiin, jotka ovat myös terveyden determinantteja; koulutukseen, sosiaaliturvaan ja terveydenhuoltojärjestelmään (Palosuo ym. 2004, 131–132). Poliitikoilla on suorien vaikutusten lisäksi usein myös välillisiä ja kauaskantoisempia vaikutuksia. Esimerkiksi köyhyyttä tai terveydelle haitallisia

elintapoja vähentävät toimet, kuten verotus, vaikuttavat myös perheessä elävien tai siihen syntyvien lasten kasvuolosuhteisiin ja terveyteen. (Berkman 2011.)

Kuten muutakin poliittista päätöksentekoa, myös veropolitiikkaa ohjaavat poliittiset arvot ja näkemykset, kuten suhtautuminen uudelleenjakoon, käsitys julkisen ja yksityisen ihanteellisesta suhteesta sekä suhtautuminen verotuksen käyttöön käyttäytymistä ohjaavana menetelmänä. Tämän lisäksi veroratkaisuihin vaikuttavat julkisten asiantuntijaorganisaatioiden tuottama tieto ja yksityisten instituutioiden, kuten esimerkiksi eturyhmien, näkemykset. (Wales 2010, 1304.) Vaikutuksensa on myös median ja äänestäjien suhtautumisella suunniteltaviin veroratkaisuihin tai -muutoksiin (Mirrlees ym 2011, 358). Viimekädessä verotus on kuitenkin aina arvovalinta (Pirttilä 2009, 161; ks. myös Prasad 2008).

3.4.4 Veropolitiikka terveyserojen kaventamisen välineenä

Yhteiskunnan tulonjako syntyy historiallisten, kulttuuristen ja poliittis-taloudellisten prosessien seurauksena. Nämä prosessit vaikuttavat sekä yksilöiden voimavaroihin että muovaavat yhteiskunnan rakenteellisia tekijöitä, kuten koulutusta, terveydenhuoltoa sekä asuin- ja työolosuhteita. (Lynch ym. 2000.) Verotus on keskeinen mekanismi, jonka avulla julkinen valta voi edistää tasa-arvoa yhteiskunnassa. Julkista rahoitusta tarvitaan terveyden tasa-arvon kannalta tärkeiden, riittävien ja saavutettavissa olevien aineellisten voimavarojen ja palveluiden, kuten turvallisten ja terveyttä edistävien elin- ja työolosuhteiden, sekä oppimisen, työnteon ja vapaa-ajan mahdollistamiseen. Tasa-arvon edistäminen talousjärjestelmän avulla edellyttää muun muassa oikeudenmukaisempaa verotusta. (Baum & Fisher 2010; CSDH 2008, 120–124; Mirrlees ym. 2011.)

Lynchin ym. (2000) mukaan terveyserojen kaventaminen ja väestön terveyden edistäminen edellyttävät panostamista julkisten ja yksityisten voimavarojen tasaroisempaan jakautumiseen. Väestön tulonjaon suuruuteen voidaan vaikuttaa palkka-, investointi- ja veropolitiikalla (Lynch ym. 2000) ja tulonsiirroilla (Prasad 2008). Köyhyyttä vähentävät tehokkaimmin juuri verotus sekä tulonsiirrot (Beaujot & Liu

2002, 11–12). Tasa-arvon ja uudelleenjaon kannalta erityisen tärkeänä on pidetty progressiivista suoraa verotusta. (Baum & Fisher 2010; CSDH 2008, 120–124; Mirrlees ym. 2011.) Sen on katsottu mahdollistaneen hyvinvointivaltion kehittämisen, universaalien julkisten palveluiden järjestämisen ja infrastruktuurin rakentamisen (Baum & Fisher 2010).

TULOT JA TULONJAKO SUOMESSA

Suomessa alkoi 1990-luvun puolivälissä tuloerojen huomattava kasvu (Verotuksen... 2010, 78; Riihelä, Sullström & Tuomala 2010, 2, 7–10). Suurin osa kasvusta on johtunut korkeimpaan tuloluokkaan kuuluvien tulojen kasvusta, joka on ollut seurausta pääomatulojen osuuden noususta vuonna 1993 eriytetyn tuloverotuksen jälkeen (Riihelä ym. 2010, 7–10). Tuolloin siirryttiin erillisverotukseen, jossa ansiotuloja verotetaan progressiivisesti, mutta pääomatuloja tasaverotyypistä. Muutoksen seurauksena maksettavien verojen määrä alkoi kokonaistulojen lisäksi riippua myös tulonlähteestä. (Riihelä ym. 2010, 26.) Suurimmaksi kokonaistuloeroja aiheuttavaksi tulon lähteeksi tuli vuodesta 1998 alkaen ansiotulon sijaan pääomatulo. Koska pääomatulot ovat aina olleet hyvin keskittyneitä, kasvattavat niiden osuutta lisäävät muutokset tuloeroja. (Tuomala 2009, 366–367.) Tuloverojen uudelleenjakovaikutus alkoi heiketä jo 1980-luvun lopulta, mutta heikkeneminen voimistui 1990-luvun puolivälissä. Myös tuloverotuksen progressio on vähentynyt. (Tuomala 2009, 366–367; Riihelä ym. 2010, 26, 31; Verotuksen... 2010, 78) 1990-luvun lopulla ja 2000-luvulla myös sosiaaliturvaetuksien uudelleenjakava vaikutus on heikentynyt huomattavasti (Tuomala 2009, 367–368, 374; Verotuksen... 2010, 78).

Yhteiskunnallisen eriarvoisuuden lisääntyminen Suomessa viimeisten 20 vuoden aikana on ollut muihin länsimaihin verrattuna poikkeuksellisen nopeaa. Lisääntyneen tuloerojen kasvun on arvioitu johtuvan ensisijaisesti maamme veropoliittisista ja sosiaalipoliittisista ratkaisuista (Verotuksen... 2010, 78), sillä verotus on lisännyt suurituloisimpien tuloja ja siten kasvattanut tuloeroja (Kiander & Lönnqvist 2002, 72–73; Tuomala 2009, 370–372). Tuloerojen kasvun lisäksi pienituloisuus on lisääntynyt maassamme nopeasti. Pienituloisista suurin osa on eläkeläisiä, työttömiä ja lapsiperheitä. Pienituloisissa perheissä eli vuonna 2008 noin 132 000 lasta. (Verotuksen... 2010, 78–79.) Vuonna 2010 lapsiköyhyysaste oli 12,4 %, ja lapsiköyhistä suurin osa oli yksinhuoltajaperheitä. Kotitalouksista toimeentulovaikeuksia on eniten

työttömillä, opiskelijoilla, muilla ammatissa toimimattomilla □ eläkeläisiä lukuun ottamatta □ sekä yhden huoltajan ja alle 65-vuotiailla yksinasuvilla (Tilastokeskus 2012). Välillisen verotuksen kasvaminen ja verojen uudelleenjakovaikutuksen väheneminen saattavat tulla taakaksi pienituloisille, jotka joutuvat kuluttamaan tuloistaan hyvätuloisia suuremman osan.

VEROTUKSEN SUUNNITTELU

Verotusta suunniteltaessa tulee arvioida huolellisesti myös sen vaikutusten jakautumista sosioekonomisissa ryhmissä. Esimerkiksi Englannissa kuntaverot (council tax) on osoittautunut regressiiviseksi, ja sen on arvioitu pudottavan noin 250 000 taloutta köyhyysrajan alapuolelle. Vaikka muun muassa pienituloiset, toimeentulotukea saavat, vammaiset ja yksin asuvat ovat voineet erikseen anomalla saada alennusta tai vapautuksen kuntaverosta, on vuosittain yli kaksi miljoonaa alennukseen oikeutettua jäänyt sitä ilman. (Orton & Davies 2009.) Tällaisten ei-toivottujen seurausten välttämiseksi veroinstrumentin käytössä tuleekin ottaa huomioon myös se, että korkeasti koulutetut ja hyvätulaiset voivat käyttää veroneuvoja tai -asiantuntijoita apuna suunnitellessaan verotustaan ja verovähennyksiään ja kykenevät siten hyödyntämään esimerkiksi verovähennyksiä muita sosiaaliryhmiä paremmin. (ks. esim. Orton & Davies 2009, 37.)

Vero-ohjausta käytettäessä on tärkeää ottaa huomioon myös se, että erilaiseen sosioekonomiseen ryhmään kuuluvat saattavat muuttaa käyttäytymistään eri tavalla. Tarkkaa tutkimustietoa siitä, kuinka esimerkiksi käyttäytymisen tai kulutuksen muutos hinnanmuutosten seurauksena vaihtelee sosioekonomisen aseman mukaan, ei ole varsinkaan makrotason interventioista kuten veron muutoksista. Voi jopa olla, että koko väestön keskimääräistä terveyttä lisäävät muutokset ovatkin vaikutuksiltaan regressiivisiä ja siten välillisesti lisäävät olemassa olevia terveyseroja. (Macintyre, Chalmers, Horton & Smith 2001.) Joidenkin veromuutosten hyödylliset vaikutukset taas saattavat näkyä vasta seuraavassa sukupolvessa (Dow, Schoeni, Adler & Stewart 2010). Esimerkiksi pienituloisille suunnattujen ansiotulovähennysten on havaittu olevaan yhteydessä imeväiskuolleisuuden vähenemiseen (Arno ym. 2009).

ELINTAVAT

Sosioekonominen asema näkyy ravintotottumuksissa siten, että alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevien ravintotottumukset ovat epäterveellisempiä kuin ylemmässä asemassa olevien. Lisäksi heidän käytettävissä olevista tuloistaan suurempi osa menee kulutukseen kuin suurituloisilla. Arvonlisäveromuutoksia seuraavat elintarvikkeiden hintamuutokset vaikuttavat eri tavoin eri sosioekonomisissa ryhmissä: hintojen nousu vähentää erityisesti alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevien kulutusta. (Kotakorpi, Härkänen, Pietinen, Reinivuo, Suoniemi & Pirttilä 2011; Sarlio-Lähteenkorva & Prättälä 2012.)

Ruokaverojen muutosten vaikutuksia terveyteen eri tuloluokissa on tutkittu laskennallisten mallien avulla. Nnoahamin ym. (2009) tutkimuksessa arvioitiin neljän erilaisen vero- tai yhdistetyn vero- ja tukimallin vaikutuksia ruuan kysyntään, ravitsemukseen ja sen välityksellä sydän- ja verisuonitauti- ja syöpäkuolleisuuteen eri tuloluokissa. Mallien lähtökohtana oli edistää ravitsemussuosituksiin perustuvaa ruokavaliota, ja niissä simuloitiin tyydyttyneiden rasvojen ensisijaisten lähteiden arvonlisäveron (alv) nostamista; ”vähemmän terveelliseksi” luokiteltujen tuotteiden alv:n nostamista; ”vähemmän terveellisten” ruokien alv:n nostamista samanaikaisen hedelmien ja vihannesten hintatuen kanssa sekä ”vähemmän terveellisten” ruokien alv:n nostamista samanaikaisesti korkeamman hedelmien ja vihannesten hintatuen kanssa. Tutkimuksen malleissa oletettiin, että hintajousto olisi kaikissa tuloluokissa samanlainen ja että vero- ja tukimuutokset siirtyisivät suoraan tuotteiden kuluttajahintoihin eivätkä esimerkiksi kaupan suurempiin katteisiin. Malleissa ei huomioitu tottumuksia ja mieltymyksiä. (Nnoaham, Sacks, Rayner, Mytton & Gray 2009.)

Kaikkien tutkittujen mallien kustannusvaikutukset olivat regressiivisiä eli ne lisäsivät eniten kustannuksia matalimmassa tuloviidenneksessä. Vaikutuksissa ylikuolleisuuteen ei myöskään havaittu gradienttia. Tutkimuksessa simuloidut mallit vaikuttaisivat koko väestön terveyteen myönteisesti. Terveyserojen kaventamisen näkökulmasta ruokaverojen nostamisen lisäksi tulisi regressiivisiä kustannusvaikutuksia kuitenkin kompensoida huomattavasti, jotta pienituloisimmat, joiden ruokavaliomuutokset olisivat tarpeellisimpia, saisivat suuremman terveyshyödyn. (Nnoaham ym. 2009.)

Smed, Jensen ja Denver (2007) tutkivat laskennallisen mallin avulla simuloitujen, ruuan suhteelliseen hintaan vaikuttavien erilaisten vero-, tuki- tai veroyhdistelmämallien vaikutusta tyydyttyneiden rasvojen, kuidun ja sokerin saantiin eri ikäryhmissä ja ammattiin perustuvissa sosiaaliluokissa. Ruokaverojen vaikutusta ruokavalion laatuun arvioitiin hintajoustojen ja ruuan laskennallisen kysynnän avulla. Yksittäiset ruoka- tai ravintoaineverot vaikuttivat kysyntään toivotunlaisesti, mutta niillä havaittiin olevan myös ei-toivottuja vaikutuksia muiden ravintoaineiden kysyntään. Malleissa alimpiin sosiaaliluokkiin kuuluvat vähentäisivät tyydyttyneen rasvan kysyntää, keskiluokkiin kuuluvat taas lisääisivät kuidun kysyntää. Kahteen alimpaan sosiaaliluokkaan kuuluvien kustannukset laskisivat eniten, mikä on merkittävää, koska hintaa on pidetty terveellisen ruokavalion esteenä erityisesti alimmissa tuloluokissa ja vähiten koulutettujen ryhmässä. Alimpiin sosiaaliluokkiin kuuluvien ruokavalio näytti paranevan eniten. Lisäksi havaittiin, että myönteisin vaikutus ruokavalioon olisi ravintoaineiden verottamisella valmisteverojen sijaan. Myös tässä tutkimuksessa oletettiin hintamuutosten siirtyvän suoraan kuluttajahintoihin. Tutkijat arvioivat, että veromuutokset siirtyisivät todennäköisesti suoraan kuluttajahintoihin kun taas tuet saattaisivat ainakin osittain nostaa kaupan katteita. (Smed, Jensen & Denver 2007.)

Nordström ja Thunström (2011) simuloivat tutkimuksessaan neljän erilaisen, valtion tulojen kannalta kustannuksiltaan neutraalin veromuutoksen vaikutuksia ruokavalion laatuun viljatuotteiden ja tyydyttyneen rasvan, suolan ja sokerin saannin osalta sekä näiden vaikutusten jakautumista tuloluokkien välillä. Tulosten perusteella näytti siltä, että simuloituilla arvonlisäveromuutoksilla olisi samansuuntainen vaikutus ruokavalion laatuun kaikissa tuloluokissa. Korkeimpaan tuloryhmään kuuluvat saisivat kuitenkin eniten terveyshyötyjä runsaasti kuitua sisältävien elintarvikkeiden hintaa laskevista sekä arvonlisävero- että valmisteverouudistuksista suhteessa muihin tuloryhmiin. Pienituloiset taloudet puolestaan näyttäisivät hyötyvän taloudellisesti kaikista simuloituista veromuutoksista. Myös tässä tutkimuksessa havaittiin lisääntyneen kuidun saannin lisäksi ei-toivottuja muutoksia eli rasvan, sokerin ja suolan saannin lisääntymistä. (Nordström & Thunström 2011.)

Tiffin ja Arnoult (2011) tarkastelivat laskennallisen mallin avulla simuloitujen tyydyttyneen rasvan määrään kohdistuvan veron ja kasvien ja hedelmien hintatuen vaikutusta näiden saantiin koko väestön ruokavaliossa. Tutkimuksessa

ruokavaliomuutoksia arvioitiin suhteessa ravitsemussuosituksiin. Veromuutosten ja hintatuen yhdistelmä muodostettiin verotulojen kannalta kustannusneutraaliksi. Simuloinnin perusteella havaittiin, että kasvisten ja hedelmien saanti lisääntyisi suosituksen mukaiseksi, mutta tyydyttyneen rasvan saanti vähenisi suosituksiin nähden vain vähän. Simulointi antoi viitteitä siitä, että kokonaisuudessaan veromuutosten vaikutukset ruokavalioon liittyvien sairauksien riskissä olisivat samanlaisia kaikissa väestöryhmissä. Tutkijat arvioivatkin, että simuloituilla veromuutoksilla olisi vain vähäinen vaikutus ruokavalioon liittyvien sairauksien riskiin koko väestössä. (Tiffin & Arnoult 2011.)

Myös Suomessa on tehty tutkimus terveystieteiden elintarvikeverotuksen vaikutuksista terveyseroihin. Kotakorpi ym. (2011) tarkastelivat sokeripitoisten tuotteiden verotuksen korottamisen ja kasvisten, hedelmien ja kalan arvonlisäveron alentamisen nollaan sekä näiden yhdistelmän vaikutuksia tuotteiden kysyntään sekä elintarvikemenoihin ja -osuuksiin eri tulo- ja koulutusluokissa. Myös tässä tutkimuksessa käytettiin laskennallista mallia, ja se perustui suomalaisen kulutusaineistoon. Tutkimuksessa havaittiin, että kalan, hedelmien ja kasvisten arvonlisäveron laskeminen nollaan lisäisi näiden tuotteiden osuutta kaikista elintarvikemenoista, eniten suurituloisilla. Sokeripitoisten elintarvikkeiden kysyntä vähenisi sokeriveron seurauksena ja kalan, kasvisten ja hedelmien kysyntä lisääntyisi niiden arvonlisäveron alentamisen seurauksena. Tutkimuksessa havaittiin myös, että sokeripitoisten tuotteiden kysynnän lasku olisi merkittävää kaikissa tuloluokissa, mutta kaikkein suurinta alimmassa tuloluokassa. Tutkittujen veromuutosten yhdistelmän seurauksena sokeripitoisten tuotteiden kysyntä laskisi ja terveellisten kalan, hedelmien ja kasvisten kysyntä kasvaisi. (Kotakorpi ym. 2011.)

Kotakorven ym. (2011) tutkimuksessa tarkasteltiin myös edellä mainittujen elintarvikeveromuutosten terveysvaikutuksia ja niiden jakautumista. Alimmassa tuloluokassa tyypin 2 diabeteksen ilmaantuvuus vähenisi sokeriveron seurauksena huomattavasti enemmän kuin suurituloisilla, mutta koulutusryhmien välillä ei olisi suuria eroja. Sepelvaltimotaudin ilmaantuvuus (painonmuutoksen vaikutus energiansaannin seurauksena) vähenisi sokeriveron seurauksena kaikkiaan noin 1,4 %, ja muutos olisi suurin (1,6 %) pienimmässä tuloluokassa ja pienin (0,8 %) suurimmassa tuloluokassa. Vaikka sokeriveron aiheuttamat taloudelliset kustannukset olisivat

pienituloisille prosentuaalisesti suurimmat, saattaisi sen käyttö vähentää terveyseroja, sillä sen myönteiset terveysvaikutukset olisivat suurimpia juuri pienituloisten joukossa. Tutkijat totesivat, että sokeriveron käyttö tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyssä vähentäisi sairauden aiheuttamia kustannuksia ja lisäisi samanaikaisesti valtion verotuloja. (Kotakorpi ym. 2011.)

Pyrittäessä edistämään terveyttä ja vähentämään terveyseroja arvonlisäveromuutosten avulla tulee ottaa huomioon EU:n jäsenmaita koskevat alv-säännökset (Nordström & Thunström 2011, 267). Veromuutoksilla saattaisi olla vaikutusta myös ruuan tuottajiin niin, että tuotekehityksessä pyritäisiin valmistamaan terveellisempiä tuotteita (Smed, Jensen & Denver 2007). Tutkimuksissa, joissa on tarkasteltu verotuksen vaikutusta ruokavalion laatuun, on päädytty siihen, että verotusta saattaisi kannattaa käyttää osana laajempaa keinojen kokonaisuutta, jolla pyritään parantamaan väestön ruokavaliota ja siten edistämään terveyttä (Smed, Jensen & Denver 2007; Tiffin & Arnoult 2011).

Veromuutoksia suunniteltaessa tulisi kuitenkin huomioida se, että ruokamenot muodostavat pienituloisten kotitalouksien menoista suurituloisia suuremman osan. Tällöin veromuutosten aiheuttamat lisääntyneet kustannukset saattavatkin päätyä pienituloisten maksettaviksi, mikäli nämä eivät lisää vastaavasti hintatuettujen tuotteiden käyttöä. Taloudellinen hyöty saattaisi kohdistua suurituloisiin, koska he käyttävät enemmän terveellisiä ruokia, muun muassa kasviksia ja hedelmiä, joiden hintaa veromuutoksilla tuettaisiin (Tiffin & Arnoult 2011.)

Verotuksella voidaan vaikuttaa myös alkoholin ja tupakan hintoihin ja sitä kautta niiden kulutukseen ja aiheuttamiin haittoihin. Koska alkoholinkäyttö ja tupakointi ovat yleisempiä alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevien ryhmässä (ks. esim. Helakorpi, Holstila, Virtanen & Uutela 2011), voidaan niiden käyttöön vaikuttavilla yhteiskunnallisilla toimilla, kuten verotuksella, vähentää niiden käyttöä ja sen aiheuttamia haittoja ja siten kaventaa terveyseroja. (Townsend, Roderick & Cooper 1994; Chaloupka, Straif & Leon 2011).

Herttua, Mäkelä ja Martikainen (2008) osoittivat, että Suomessa alkoholiveron alentaminen ja sitä seurannut alkoholin hintojen alennus vuonna 2004 johtivat alkoholiin liittyvien kuolemien huomattavaan lisääntymiseen veronalennusta

seuranneiden kahden vuoden aikana. Heikoimmassa sosiaalisessa asemassa olevien ja runsaasti alkoholia käyttävien alkoholinkäyttö ja alkoholikuolemat lisääntyivät alkoholiveron alennuksen seurauksena eniten. Alkoholiperäiset kuolemantapaukset lisääntyivät eniten 30–59-vuotiaista matalaan koulutustasoon, sosiaaliluokkaan tai tuloluokkaan kuuluvien pitkäaikaistyöttömien ja varhain eläkkeelle jääneiden ryhmissä. Työssä olevien alkoholiperäiset kuolemat eivät tässä ikäryhmässä lisääntyneet. Herttua, Mäkelä ja Martikainen (2008) päättelivät tutkimuksensa perusteella, että alkoholin korkea hintataso (korkeampi alkoholivero) suojaisi alkoholihaitoilta eniten juuri heikoimmassa sosiaalisessa asemassa olevia ja runsaasti alkoholia käyttäviä.

Tupakointiin ja sen aiheuttamiin terveyseroihin voidaan vaikuttaa tupakan verotuksella. Tupakkaveron korottamisen aiheuttama tupakan hinnannousu vähentää tupakointia erityisesti pienituloisten ja alempaan ammattiasemaan kuuluvien ryhmissä, minkä vuoksi sen avulla voidaan kaventaa terveyseroja (Chaloupka, Straif & Leon 2011; Thomas ym. 2008; WHO Technical...2010, 91–92). Verotus on myös kustannustehokkain tapa vähentää tupakan kulutusta (WHO Technical... 2010, 75). Toisaalta tupakkaveron nostamista seuraava tupakan hinnannousu saattaa heikentää voimakkaasti niiden pienituloisten taloutta, jotka eivät lopeta tai vähennä tupakointia hinnannousun seurauksena (Remler 2004; Wilson & Thomson 2005; Townsend, Roderick & Cooper 1994). Tätä voidaan kuitenkin kompensoida muiden, erityisesti pienituloisille suunnattujen, tupakoinnin lopettamista tai vähentämistä tukevien toimien, kuten mediakampanjoiden, nikotiinikorvaushoidon tukemisen ja tupakoinnin lopettamista tukevien palveluiden, avulla (Wilson & Thomson 2005).

Terveyden determinantteja ja terveyseroja koskevan kirjallisuuden perusteella voidaan päätellä, että verotuksella voidaan vaikuttaa moniin terveyserojen syntyyn ja niitä ylläpitäviin tekijöihin sekä suoraan että välillisesti, vaikka kirjallisuutta terveyserojen kaventamisesta verotuksen välityksellä on vähän. Terveyseroja koskevan tutkimustiedon perusteella terveyserojen kaventamisessa ja taloudellisen eriarvoisuuden vähentämisessä vaikuttavimpina keinoina on pidetty verotusta, tulonsiirtoja ja julkisia palveluita (ks. esim. Wang & Goudswaard 2012). Tässä tutkielmassa tarkastellaan terveyseroihin vaikuttavia verotoimia terveyden determinantteihin vaikuttamisen näkökulmasta.

3.5 Terveysvaikutusten arviointi

3.5.1 Terveysvaikutusten arviointi menetelmänä

Terveys kaikissa politiikoissa -strategian yhtenä lähtökohtana on se, että politiikkojen vaikutuksia terveyteen on mahdollista arvioida etukäteen. Poliittinen päätöksenteko edellyttää usein kompromissien tekemistä sen monien seurausten välillä, mutta yleensä siinä pyritään kuitenkin ratkaisuun, jolla saavutetaan taloudellisten, sosiaalisten, terveydellisten ja ympäristöseuraamusten paras mahdollinen yhdistelmä. (Kemm 2006, 194–196.) Terveysvaikutusten arviointi (TVA) on kehitetty suunnittelun ja päätöksenteon apuvälineeksi, jonka avulla voidaan ennalta arvioida suunniteltujen, julkiseen politiikkaan, ohjelmaan tai projektiin liittyvien päätösten vaikutuksia väestön terveyteen (Gothenburg consensus paper 1999; Kemm & Parry 2004, 1; Metcalfe & Higgins, 2009; Mindell & Joffe 2003, 107; Rotko, Sihto & Palosuo 2008, 7). TVA:n avulla tarkastellaan usein juuri muiden kuin terveystavoitteisiin liittyvien politiikkojen mahdollisia ennakoimattomia terveysvaikutuksia (Ritsatakis, Barnes, Douglas, & Scott-Samuel 2002, 288).

Terveysvaikutusten arviointi voi myös kaventaa tutkimuksen, politiikan ja käytännön välistä kuilua. Tieteelliseen näyttöön perustuvat suositukset edistäisivät päätöksentekijöiden mahdollisuutta yhdistää tieteellistä näyttöä käytännön politiikkaan. (Metcalfe & Higgins 2009.) TVA:n toteuttaminen voi myös edistää poikkihallinnollista työskentelytapaa ja läpinäkyvämpien päätöksentekoprosessien kehittämistä sekä yhteisön osallistumista päätöksentekoon (Parry & Scully 2003).

Terveysvaikutusten arviointiprosessi tulee käynnistää silloin, kun olemassa olevaa politiikkaa aiotaan jatkaa, siihen suunnitellaan muutoksia tai aiotaan käynnistää uusi politiikka tai projekti. Arviointi tulisi toteuttaa riittävän varhain, jotta sen suosituksia voidaan harkita ennen kriittisten valintojen tekemistä. (Gothenburg... 1999.) Terveysvaikutusten arvioinnista on olemassa erilaisia malleja, mutta ajatuksellisesti niiden välillä ei ole suuria eroja. Vaikutusten arvioinnin eteneminen on eri malleissa samantyyppistä, vaikka vaiheiden jaottelu, nimet ja numeroinnit poikkeavatkin

toisistaan. (Rotko, Sihto & Palosuo 2008, 19.) Maailman terveysjärjestön mallissa terveysvaikutusten arviointiprosessi jaetaan neljään vaiheeseen sekä kolmeen eri laajuiseen toteuttamistapaan (Gothenburg... 1999).

TVA -prosessin alussa arvioidaan nopeasti aikaisemman tiedon perusteella (screening), onko tarkasteltavalla politiikalla, ohjelmalla tai projektilla yhteyttä terveyteen, ja millaisia sen vaikutukset saattaisivat olla. Tämän seulonnan perusteella arvioidaan lisätiedon tarvetta, tarkastellaan suunnitelman mahdollisia suoria ja välillisiä vaikutuksia väestön ja väestöryhmien terveyteen. Lisäksi arvioidaan siihen tarvittavat resurssit, menetelmät, aikataulu ja arviointiin osallistuvat henkilöt (scoping). Jatkoarviointi voi olla nopea, mutta järjestelmällinen ja vähän resursseja vaativa terveysvaikutusten arviointi (rapid health impact appraisal), laaja-alaisempi ja tieteelliseen näyttöön perustuva terveysvaikutusten analyysi (health impact analysis) tai perusteellinen, useita menetelmiä ja asiantuntijoita hyödyntävä terveysvaikutusten selonteko (health impact review).

Laajan politiikan, strategian tai ohjelmakokonaisuuden valmistelussa perusteellisen analyysin toteuttaminen saattaa olla mahdotonta. Tällöin voidaan käyttää yleisluonteisempaa *Terveysvaikutusten katsausta* (Health impact review), joka perustuu pääosin vastaavista politiikoista aiemmin julkaistujen analyysien tarkasteluun. Apuna voidaan käyttää myös asiantuntijajapaneeleita ja muita menetelmiä, joilla tutkitaan saatavissa olevia politiikkaehdotusten arviointeja. (Gothenburg... 1999.) Arviointiprosessin perusteella tehty TVA -raportti saatetaan päätöksentekijöiden käytettäväksi. Nämä päättävät jatkotoimista ja tarvittavista muutoksista tai kompromisseista kilpailevien intressien kanssa. Myöhempää päätöksentekoa varten suositellaan tehtäväksi myös jälkikäteisarviointeja. (Gothenburg consensus paper 1999.)

Jälkikäteisarvioinneissa terveysvaikutusten arvioinnin on osoitettu olleen hyödyllinen väline suunnitelmien parantamisessa. TVA:n toteuttamisen on myös todettu lisänneen hallintoelimien ymmärrystä siitä, kuinka niiden päätökset vaikuttavat terveyden determinantteihin (Mindell & Boltong, 2005.) Terveysvaikutusten huomioimatta jättäminen julkisessa politiikassa saattaa johtaa kielteisiin terveysseuraamuksiin (Metcalf & Higgins 2009), ja päätösten toteuttamista seuranneiden terveys- tai muiden

ongelmien hoitaminen on usein huomattavasti kalliimpaa, kuin niiden huomioiminen jo poliittista ratkaisua tehtäessä (Kemmi 2006, 196).

TVA:n yhteyttä väestön terveyden paranemiseen on kuitenkin vaikeaa osoittaa monien sekoittavien tekijöiden vuoksi. Terveyden edellytykset syntyvät useiden tekijöiden ja näiden keskinäisten vaikutusten seurauksena, ja näillä on puolestaan monia taustatekijöitä. Tämän vuoksi yksittäisten lähestymistapojen, kuten TVA:n osuuden arviointi on vaikeaa. Lisäksi pitäisi osoittaa, oliko TVA:n suosituksilla vaikutuksia päätöksentekoon ja millaisia nämä vaikutukset olivat. (Quigley & Taylor, 2003.) TVA voi kuitenkin lisätä päätöksentekijöiden tietoisuutta terveyseroista ja auttaa huomioimaan ne päätöksiä tehtäessä (Parry & Scully 2003).

Suomessa valtioneuvosto (2001, 31–32) ja Sosiaali- ja terveysministeriö (2006, 8, 15) ovat korostaneet terveysvaikutusten arvioinnin käyttämistä kaikkien politiikkojen ja toimien valmistelussa ja uudelleenarvioinnissa joko erillisenä tai osana hyvinvointivaikutusten arviointia niin valtio- kuin kuntatasollakin. Lisäksi on painotettu terveysvaikutusten arvioinnin edellyttämistä myös Euroopan unionin päätöksenteon valmistelussa ja tämän arviointikäytännön esittämistä myös muille valtioidenvälisille organisaatioille. (Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 2006, 8, 15; Valtioneuvoston periaatepätös Terveys 2015 -toimintaohjelmasta 2001, 31–32.)

3.5.2 Terveysvaikutusten arviointi ja terveyserojen kaventaminen

Terveysvaikutusten arvioinnin taustalla olevia arvoja ovat demokratia, oikeudenmukaisuus, kestävä kehitys sekä tieteellisen näytön eettinen käyttäminen (WHO 1999, 4), ja siinä tulisi arvioida myös sitoutumista terveyden tasa-arvon edistämiseen (Ritsatakis ym. 2002, 288). Terveysvaikutusten arvioinnin avulla voidaan tunnistaa myös suunnitellun politiikan mahdollisia vaikutuksia väestön terveyteen ja sen jakautumiseen, ja sen avulla voidaan antaa suosituksia terveyden tasa-arvoa edistävästä vaihtoehdoista. (Ritsatakis ym. 2002, 288.) TVA:ssa tulisi sekä arvioida mahdollisten vaikutusten tai alttiuden jakautumista sosioekonomisen aseman mukaan koko väestössä että tarkastella vaikutuksia heikossa asemassa oleviin (Mindell ym. 2004, 96).

Mindellin ym. (2004, 97) mukaan esitetyt hankkeet tai suunnitelmat voivat vaikuttaa terveyden tasa-arvoon neljällä tavalla. On mahdollista, ettei niillä ole eriarvoisuutta lisääviä vaikutuksia, vaan olemassa olevat erot saattavat jatkaa kasvuaan. Ne voivat myös aiheuttaa eroja sen vuoksi, että jotkut ihmiset ovat alttiimpia niiden vaikutuksille, esimerkiksi hengityselinsairaat ovat alttiimpia ilmansaasteiden vaikutuksille. Alttius voi olla erilainen eri ryhmissä, jos joissakin väestöryhmissä on enemmän vaikutuksille alttiita ihmisiä. Esimerkiksi sekä heikommassa taloudellisessa asemassa olevien että vähemmän koulutettujen ryhmissä on enemmän sydän- ja verisuonisairaita. Myös altistuksen määrä saattaa vaihdella eri väestöryhmien välillä esimerkiksi asuinalueen vuoksi. Arvioitaessa suunnitelman tai ehdotuksen vaikutuksia terveyseroihin ja heikossa asemassa oleviin vaikutuksia kuvaillaan tai lasketaan väestön alaryhmittäin. Apuna voidaan käyttää riskitekijöiden vallitsevuutta, altistumisen vaikutuksia ja muutoksia kunkin ryhmän altistumisessa. Lopuksi vaikutuksia verrataan joko koko väestöön tai muihin väestöryhmiin. (Mindell ym. 2004, 97.)

Metcalf ja Higgins (2009, 299) pitävät terveysvaikutusten arvioinnin keskeisenä tekijänä nimenomaan vaikutusten jakautumisen arviointia. Terveysvaikutusten arviointi voi Kemmin (2006, 197–198) mukaan auttaa poliitikkoja terveyserojen kaventamisessa, koska siinä kuvataan myös päätösten vaikutusten jakautumista ja ennakoidaan, kuinka eri vaihtoehtojen toteuttaminen vaikuttaisi eri väestöryhmien terveyteen. Hän on kuitenkin todennut, että terveysvaikutusten jakautumisen arviointi on jäänyt riittämättömäksi usein silloinkin, kun sitä on pyritty arvioimaan. On käyty keskustelua myös siitä, tulisiko käyttöön ottaa erillinen terveyserovaikutusten arviointi. Menetelmien vertailun seurauksena on kuitenkin päädytty siihen, että kaikkiin terveysvaikutusten arvioinnin menetelmiin ja prosesseihin tulisi sisällyttää myös tasa-arvonäkökulma, jossa huomioidaan sekä vaikutukset heikoimmassa asemassa oleviin että vaikutusten jakautuminen koko väestössä. (Ritsatakis ym. 2002, 288–289.)

Terveysvaikutusten arviointiin perustuvien suositusten avulla voidaan pyrkiä siihen, että kielteiset vaikutukset kohdistuisivat vähiten heikossa asemassa oleviin ja myönteisimmät vaikutukset heikoimmassa asemassa oleviin. Vaihtoehtoisesti voidaan esittää suosituksia siitä, kuinka kielteisiä vaikutuksia voitaisiin kompensoida muilla hyödyillä. Olennaista on, että suositusten laatija toimii yhteistyössä poliitikkojen

kanssa. (Kemm 2006, 198.) Hyvä esimerkki terveysvaikutusten arvioinnin myönteisistä vaikutuksista on Hollannin energiaverolain valmistelu. Esityksen TVA:ssa havaittiin sen kielteiset vaikutukset kroonisesti sairaiden ja vammaisten tuloihin. Tämä kompensoitiin nostamalla kroonisesti sairaiden ja vammaisten etuuksien suuruutta ja muokkaamalla heille suunnattua verovähennysoikeutta (Roscam Abbing 2004, 187.)

Terveysvaikutuksia tulisi arvioida mahdollisimman varhaisessa vaiheessa suunnitelmien tekemistä, sillä tällöin on helpointa huomioda terveystäkökulma päätöksenteossa. Terveysvaikutuksia arvioitaessa tulee kuitenkin ottaa huomioon, että ihmiset saattavat muuttuneissa olosuhteissa toimia eri tavoin Tämän lisäksi terveysvaikutusten arvioinnin toteuttamisessa on tärkeää, että arvioijat tuntevat hyvin politiikkaympäristön toimintatavat ja ymmärtävät sen päätöksentekoprosesseja. Arvioijien tulisi myös ottaa huomioon, että arvioitavat päätökset syntyvät usein muiden, aiemmin tehtyjen päätösten tai linjausten seurauksena. Niiden toimeenpaneminen saattaa olla puolestaan riippuvaista muista, kuten esimerkiksi rahoitukseen liittyvistä päätöksistä. (Lehto 2004, 54–59.)

3.6 Hallitus, hallituksen esitys ja sen vaikutusten arviointi

Valtioneuvostolla voidaan tarkoittaa suppeasti ymmärrettynä pääministerin ja muiden ministerien muodostamaa kollegiota, puhekielessä hallitusta. Laajasti ymmärrettynä valtioneuvostoon kuuluvat edellisen lisäksi ministeriöt, joiden päällikköinä toimivat ministerit, valtioneuvoston kanslia sekä oikeuskansleri ja oikeuskanslerin virasto. Valtioneuvostossa ja hallitusvallankäytössä keskeinen on pääministeri. Kaikki ministerit ovat virkatoimistaan vastuussa eduskunnalle ja jokainen valtioneuvostossa asian käsittelyyn osallistunut ministeri on vastuussa päätöksistä, ellei ole ilmoittanut eriävää mielipidettä. (Husa & Pohjolainen 2008, 118–120.) Eduskunnalla on oikeus valvoa hallituksen toimintaa sekä sen laillisuuden että poliittisen vastuun näkökulmasta (mts., 104–105).

Lakien valmistelu on valtioneuvoston tehtävä. Suurin osa laeista tulee vireille hallituksen esityksinä ja ne valmistellaan ministeriön valvonnassa. Hallituksen esitys

valmistellaan valtioneuvoston asettamissa komiteoissa, ministeriön asettamissa toimikunnissa tai virkamiestyöryhmissä, mutta vastuu valmistelusta on kyseisellä ministeriöllä. Ministeri päättää lakiesityksen eteenpäin viemisestä, minkä jälkeen esitys käsitellään valtioneuvostossa. Valtioneuvoston esityksestä presidentti päättää hallituksen esityksen antamisesta eduskunnalle. (Husa & Pohjolainen 2008, 98.) Ministeriöiden tulee tarvittaessa toimia yhteistyössä lainvalmistelussa. Tällöin vastuu yhteistyöstä on sillä ministeriöllä, jonka toimialaan käsiteltävä asia kuuluu. (Laki valtioneuvostosta 2 §.)

Hallituksen esitys (HE) on yhden tai useamman uuden lakiehdotuksen tai ehdotuksen vanhojen lakien muuttamisesta sisältävä ehdotus, joka on valmisteltu valtioneuvostossa ja annetaan eduskunnan käsiteltäväksi (Eduskunta 2012, Husa & Pohjolainen 2008, 90–91). Se voi koskea muun muassa lakia, valtion talousarviota tai lisätalousarviota, eduskunnan suostumusta valtion lainanottoon, valtiontakauksen myöntämistä, kansainvälisen sopimuksen hyväksymistä tai aikaisemmin annetun hallituksen esityksen täydentämistä (Eduskunta 2012). Valmistelutyön tulokset ja johtopäätökset tulee esittää hallituksen esityksessä lyhyesti. Eduskunnassa sitä käytetään pohjana valmistelussa ja päätöksenteossa. Hallituksen esitys voi myös edistää yhteiskunnallista keskustelua lakiehdotuksista sekä myöhemmin tarvittavaa lakien tulkintaa ja tutkimusta (Hallituksen esityksen laatimisohteet 2004, 7).

Lakialoitteen jälkeinen, eduskuntakäsittelyä edeltävä lainvalmisteluprosessi on viisivaiheinen. *Esivalmistelussa* lakialoitteesta ilmaistusta tavoitteesta tai ongelmasta kerätään tietoa ja näkemyksiä. Hallituksen, kyseisen ministerin tai virkamiesjohdon antaman toimeksiannon perusteella käynnistetään alustava kartoitus, jota tekee ja josta päävastuussa on tehtävään nimitetty valmistelija sekä valmistelutiimi. Tässä on valmistelijoiden lisäksi myös muita asiantuntijoita ja avustajia, jotka vastaavat kartoituksessa myös vaikutusten arvioinnista. Esivalmistelussa arvioidaan myös tarvetta käynnistää varsinainen lainvalmisteluhanke. Päätös lainvalmistelun käynnistämisestä tai lopettamisesta edellyttää hallituksen poliittista käsittelyä ja päätöksentekoa. Tarvittaessa suunnitellaan tulevan hankkeen tavoitteet, toimeksianto ja toteuttaminen. (Oikeusministeriö 2013.)

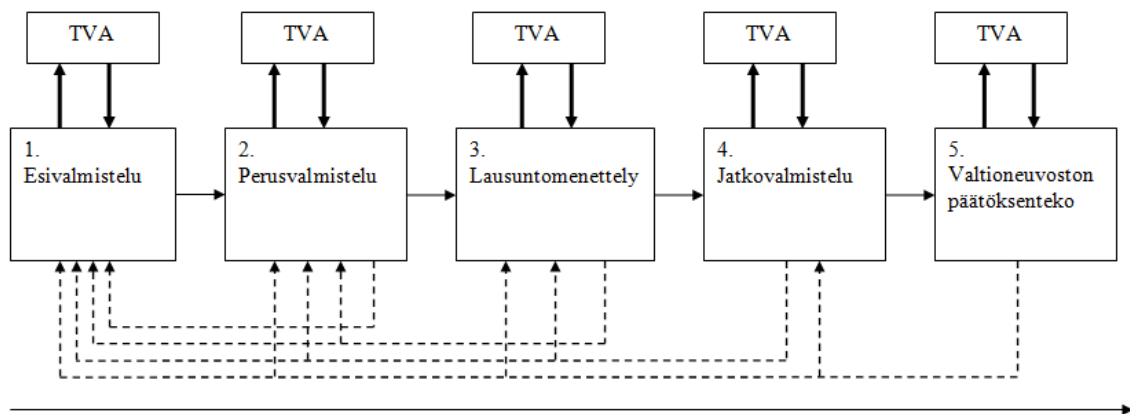
Esivalmistelu tehdään virkatyönä tai sitä varten perustetussa valmisteluelimessä. Tarvittaessa esivalmistelua varten voidaan tilata tutkimuksia tai selvityksiä. Esivalmistelun perusteella käynnistetään valmisteluhanke tai päätetään, ettei lainvalmistelua aloiteta. Esivalmisteluun osallistuvat sen eri vaiheissa hallitus, ministeri ja virkamiesjohto. Tässä vaiheessa tiedustellaan myös sidosryhmien, kuten muiden ministeriöiden, viranomaisten, tutkimuslaitosten, järjestöjen, kansalaisten tai yritysten, näkemystä. (Oikeusministeriö 2013.)

Jos esivalmistelun perusteella on päätetty asettaa lakihanke, jatketaan valmistelua virkatyönä tai valmisteluelimessä. *Perusvalmistelu* on valmistelussa eniten työtä vaativa vaihe, ja sen lopuksi laaditaan luonnos hallituksen esityksestä. Perusvalmistelussa arvioidaan myös eri ratkaisuvaihtoehtojen vaikutuksia. Myös tässä valmistelun vaiheessa pyydetään sidosryhmien näkemyksiä. Luonnoksen sisällöstä päättää sen merkittävyyden perusteella hallitus, ministeri tai virkamiesjohto. Se tulee joka tapauksessa käsitellä ja lopuksi hyväksyä myös poliittisesti hallituksessa. (Oikeusministeriö 2013.)

Lausuntomenettelyn vaiheessa valmistelutiimi valmistelee sidosryhmille lähetettävän lausuntopyynnön. Saadut lausunnot käydään läpi ja niistä laadittavat tiivistelmät julkaistaan. Päätös valmistelun jatkamisesta edelleen käsitellään ja tehdään poliittisesti hallituksessa. *Jatkovalmistelussa* tehdään lausuntomenettelyn perusteella päätös hallituksen esitysluonnoksen sisällöstä, ja se käännetään myös ruotsiksi. Tämän jälkeen oikeusministeriön laintarkastusyksikössä tarkastetaan esitysluonnosten laadinnan ohjeidenmukaisuus ja käännösten samansisältöisyys, ja tekstit korjataan tarvittaessa. Jos hallituksen esityksessä on toisen ministeriön toimialaan kuuluvia asioita, tulee kyseiseltä ministeriöltä pyytää käsittelylupa käsittelyyn. Lopuksi ministeri myöntää luvan esittelylistojen jakamiseen tai palauttaa sen aiempiin valmistelun vaiheisiin. (Oikeusministeriö 2013.)

Valtioneuvoston päätöksenteon vaiheessa kyseessä olevan ministeriön virkamies esittelee yleisistunnossa esityksen hallitukselle, joka päättää sen antamisesta eduskunnalle. Jos esityksellä on merkittäviä taloudellisia vaikutuksia, se käsitellään valtioneuvoston raha-asiainvaliokunnassa ennen yleisistuntoa. Lopuksi hallituksen esitys lähetetään eduskuntaan. Lainvalmistelun kaikissa vaiheissa asiaa käsitellään myös

poliittisesti, ja ministereillä on mahdollisuus palauttaa esitysluonnos mihin tahansa aiempaan valmistelun vaiheeseen. (Oikeusministeriö 2013.) Hallituksen esityksen valmisteluprosessissa voidaan arvioida sen vaikutuksia kaikissa vaiheissa (ks. kuvio 1). Arvioinnin tulisi sisältyä valmisteluprosessiin luonnollisena osana, eikä erillisenä toimintana. (Säädösehdotusten vaikutusten arviointi 2007.)



KUVIO 1. Lakialoitteen jälkeinen lainvalmisteluprosessin eteneminen ennen eduskuntakäsittelyä. Vahvennetut nuolet osoittavat vaiheita, joissa suunnitellun tai valmisteltavan hallituksen esityksen terveysvaikutuksia voidaan ja tulisi arvioida. Lakiesitys voidaan tarvittaessa palauttaa mihin tahansa aikaisempaan valmisteluvaiheeseen (katkoviivat). Kuvio on mukailtu oikeusministeriön lainvalmisteluprosessikaaviosta (Säädösehdotusten vaikutusten arviointi 2007, 10).

Hallituksen esityksen laatimisohejiden (2004) mukaan hallituksen esityksessä tulee pyrkiä käyttämään rakennetta, jossa esitys on jaettu pääasialliseen sisältöön, joka on tiivistelmä esityksestä, sekä yleisperusteluihin, joka sisältää johdannon, nykytilan, esityksen tavoitteet ja keskeiset ehdotukset, esityksen vaikutukset, asian valmistelun ja riippuvuuden muista esityksistä. Yleisperusteluiden jälkeen esityksessä tulee olla yksityiskohtaiset perustelut, joka sisältää lakiehdotuksen perustelut, tarkemmat säännökset ja määräykset, voimaantulon sekä suhteen perustuslakiin ja säätämisyjärjestyksen. Yksityiskohtaisten perustelujen jälkeen esityksessä ovat lakiehdotukset ja liitteet. Suppeamman esityksen tulee sisältää kohdat esityksen pääasiallinen sisältö sekä perustelut, jossa yleisperustelut ja yksityiskohtaiset perustelut voidaan yhdistää. Lisäksi esityksessä tulee olla vähintään kohdat nykytila ja ehdotetut muutokset, esityksen vaikutukset, asian valmistelu sekä voimaantulo. (Hallituksen esityksen laatimisohejet 2004, 10–11.)

Esityksen vaikutukset -otsikon alakohtina ovat erikseen taloudelliset vaikutukset, vaikutukset viranomaisten toimintaan, ympäristövaikutukset sekä yhteiskunnalliset vaikutukset. Vaikutuksilla tarkoitetaan tässä seurauksia, jotka syntyvät esityksen säännösten soveltamisen seurauksena. Lakihankkeiden tarkoitus on pyrkiä saamaan aikaan muutoksia yhteiskunnassa, minkä vuoksi niiden vaikutusten etukäteisarviointi on laatimisoheiden mukaan tärkeää. (Hallituksen esityksen laatimisoheet 2004, 15–18.)

Ihmisten terveyteen tai terveyden determinantteihin kohdistuvia vaikutuksia voi sisältyä useiden vaikutusten arviointi -kohdan alaotsikoiden sisältöihin. (Hallituksen esityksen laatimisoheet 2004, 15–18). Taloudellisten vaikutusten arvioinnissa tarkastellaan sekä välittömiä että välillisiä vaikutuksia kotitalouksien asemaan, yrityksiin, julkiseen talouteen sekä kansantalouteen. Siinä pyritään tunnistamaan esityksen kohderyhmät ja arvioimaan vaikutusten jakautumista niissä. (Säädösehdotusten vaikutusten arviointi 2007, 16–24.) Viranomaisten toimintaan kohdistuvien vaikutusten arvioinnissa tarkastellaan terveyden determinantteihin kohdistuvista tekijöistä muun muassa mahdollisia vaikutuksia kansalaisten asiointiin sekä sitä, siirtyykö viranomaisten tehtäviä kansalaisille, yksityiselle sektorille tai toisinpäin (mts. 2007, 27–28). Ympäristövaikutusten arvioinnissa tarkastellaan sekä välittömiä että välillisiä, vaikutusketjujen kautta syntyviä vaikutuksia ihmisten terveyteen, elinoloihin ja viihtyvyyteen (mts. 29–31).

Varsinainen sosiaali- ja terveysvaikutusten arviointi sisältyy yhteiskunnallisten vaikutusten arviointiin omana osa-alueenaan, vaikka terveyden determinanttien välityksellä terveyteen ja sen jakautumiseen vaikuttavien tekijöiden arviointia sisältyy myös muihin yhteiskunnallisten vaikutusten osa-alueisiin. Näitä ovat vaikutukset kansalaisten asemaan ja kansalaisyhteiskunnan toimintaan, vaikutukset yhdenvertaisuuteen, lapsiin ja sukupuolten tasa-arvoon, vaikutukset työllisyyteen ja työelämään, vaikutukset rikosentorjuntaan ja turvallisuuteen, vaikutukset aluekehitykseen sekä vaikutukset tietoyhteiskuntaan. (Säädösehdotusten vaikutusten arviointi 2007, 32–42.)

Säädösehdotusten vaikutusten arvioinnin ohjeissa (2007, 34) sosiaaliset ja terveysvaikutukset määritellään vaikutuksiksi ” esimerkiksi ihmisten henkiseen ja fyysiseen terveyteen, hyvinvointiin ja elinoloihin – – jotka aiheuttavat muutoksia

terveydentilassa, hyvinvoinnissa tai hyvinvoinnin jakautumisessa”. Ohjeissa tunnistetaan eri tekijöiden (determinanttien) kautta välittyvät vaikutukset väestön terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Niissä todetaan, että moniin sosiaalisiin ja terveyteen liittyviin ongelmiin voidaan vaikuttaa köyhyyteen, sosiaaliseen syrjäytymiseen, työttömyyteen ja kansansairauksiin kohdistuvilla toimilla. Ohjeissa todetaan myös, että ennalta ehkäisevien toimien vaikutukset saattavat olla pitkällä aikavälillä merkittäviä. Terveysriskejä ja sosiaalisia ongelmia voidaan välttää myös käyttäytymistä ohjaamalla, jolloin on mahdollista saada aikaan huomattavia taloudellisiakin säästöjä. Tällä perusteella ohjeissa todetaan, että sosiaalisten ja terveysvaikutusten arvioinnissa tulee huomioida myös taloudellinen näkökulma. (mts. 2007, 34.) Säädösehdotusten vaikutusten arviointiohjeet sisältävät myös vaikutusten tunnistamisen tarkistuslistat, joita voidaan käyttää apuna vaikutusten havaitsemisessa ja keskeisten vaikutusten arvioinnissa (mts., 43–55).

Säädösehdotusten vaikutusten arvioinnin tehtävä on tuottaa päätöksentekijöille riittävästi luotettavaa tietoa ratkaisuvaihtoehtojen seurauksista, ja sitä pidetään poliittisten päätöksenteon kannalta välttämättömänä. Tämän lisäksi vaikutusten arviointi parantaa lainsäädännön laatua, edistää sääntelyn yhteiskunnallisten tavoitteiden toteutumista sekä edistää osallisuutta yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. (Säädösehdotusten vaikutusten arviointi 2007, 7.) Koska hallituksen esityksessä tulee pyrkiä esittämään asiat tiiviissä muodossa (Hallituksen esitysten laatimisohteet 2004, 9), tulee päätöksentekijöiden tarvittaessa saada käyttöönsä myös arviointiselvitysten alkuperäinen, laajempi ja yksityiskohtaisempi versio (Säädösehdotusten vaikutusten arviointi 2007, 12).

3.7 Hallituksen terveyseroja koskevat linjaukset hallituskaudella 2007–2011

Terveyden painoarvoa korostetaan kaikissa keskeisissä hallituksen linjauksissa. *Hallitusohjelmassa* sosiaali- ja terveystalouden päätavoitteiksi on asetettu terveyden, toimintakyvyn ja omatoimisuuden edistäminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Tavoitteiden saavuttamiseksi hallitusohjelmaan on kirjattu

terveyden edistämisen toimintaohjelman käynnistäminen lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin sekä työn, yrittämisen ja työelämän toimintaohjelmien lisäksi. (Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma 2007, 51–52; Valtioneuvoston tiedonanto...2010.) Hallitusohjelman veropolitiikan keskeisiksi tavoitteiksi asetettiin ”työllisyyden edistäminen työn verotuksen keventämisellä, työvoiman liikkuvuuden ja kohtaannon parantaminen, verotuksen oikeudenmukaisuuden lisääntyminen, yrittäjyyden, osaamisen, kotimaisen omistajuuden ja säästämisen edistäminen, ympäristönäkökohtien painottaminen ja harmaan talouden torjuminen”. Terveystavoitteiseksi mainitaan alkoholijuomien ja tupakan valmisteverojen korottaminen. (Pääministeri Matti Vanhasen...2007, 14–15.)

Terveyden edistämisen politiikkaohjelman (2007) päätavoitteena oli väestön terveydentilan paraneminen ja terveyserojen kaventuminen. Ohjelman keskeisenä tehtävänä oli terveysnäkökohtien huomioonottaminen yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja palvelujärjestelmässä niiden kaikilla tasoilla ja sektoreilla. Poikkihallinnollisen politiikkaohjelman ensimmäisenä strategisena painopisteenä oli ”terveyden edistämisen yhteiskunnallisen ja taloudellisen merkityksen omaksuminen eri päätöksentekotasolla”. Ohjelman väestötason tavoitteena vuoteen 2011 mennessä oli ”eriarvoisuuden väheneminen ja heikommassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvoinnin ja suhteellisen aseman paraneminen” sekä kuolleisuuserojen väheneminen viidenneksellä. Terveiden edistämisen keinona valtionhallinnossa esitettiin muun muassa, että ”parannetaan ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin osaamista ja laajennetaan sen käyttöä lainsäädäntötyössä oikeusministeriön ohjeiden mukaisesti”. (Terveyden edistäminen 2007.)

Toiminnan tukemiseksi tehtiin erillinen *Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011*, jossa määriteltiin käytännön toimintalinjat terveyserojen kaventamiselle (Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011 2008, 3). Toimintaohjelman tavoitteena oli ”sosioekonomisten väestöryhmien välisten terveyserojen väheneminen työ- ja toimintakyvyssä, koetussa terveydessä, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa”. Yleisissä periaatteissa painotettiin Terveys kaikissa politiikoissa -lähestymistavan mahdollisuuksia terveyserojen kaventamisessa sekä päätösten terveys- ja terveyserovaikutusten arviointia. Tämän lisäksi korostettiin eri sektoreiden ja hallinnonalojen yhteistyön merkitystä. Eroja pyrittiin vähentämään

parantamalla terveydeltään heikommassa asemassa olevien terveyttä. Ohjelmassa terveyserojen kaventamisen tavoitteeseen vaikuttavista kolmesta toimintalinjasta yksi oli vaikuttaa ”yhteiskuntapoliittisilla toimilla köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen, työoloihin ja asumiseen”. (mts., 17–18.) Terveyden ja hyvinvoinnin perusedellytyksinä pidettiin ”riittävää taloudellista toimeentuloa, asuntoa ja mahdollisuutta työhön tai muuhun mielekkääseen toimintaan” (mts., 31).

Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa erojen kaventamiseen nähtiin voitavan vaikuttaa useiden yhteiskunnan tahojen toiminnalla. Keskeisiksi toimijatahoiksi määriteltiin valtionhallinto, kunnat ja kuntayhtymät, kansalaisjärjestöt ja kirkon diakoniatyö sekä työmarkkinaosapuolet ja elinkeinoelämä. Valtionhallinnossa vastuun todettiin jakautuvan monelle hallinnonalalle, joista päävastuuseen ohjelman toteuttamisesta ja sen koordinoinnista asetettiin Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Valtiovarainministeriön toiminnan alalta keskeisinä toimina pidettiin veropolitiikkaa ja tullivalvontaa. Veropolitiikan toimista mainitaan erikseen ainoastaan alkoholijuomien ja tupakkatuotteiden verotuksen säätely, mutta ei veropolitiikan muita mahdollisia kohteita terveyserojen kaventamisessa. (Kansallinen... 2008, 63–72.) Tämän lisäksi ohjelman Terveyserojen kaventaminen elintapoihin vaikuttamalla -taustamuistiossa esitetään kasvisten, marjojen ja vihannesten arvonlisäveron alentamista terveellisten ruokatuotteiden edistämiseksi nimenomaan heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevien ruokatuotteiden edistämiseksi (mts., 116).

Terveyteen ja sen jakautumiseen vaikuttavista ja niitä muokkaavista tekijöistä, determinanteista, on runsaasti tietoa. Sitä on myös hyödynnetty terveystieteiden politiikan linjauksia ja ohjelmia tehtäessä, mutta sosioekonomiset terveyserot ovat jatkaneet kasvuaan. Tämän vuoksi on tärkeää kääntää katse erojen kaventamiseen tähtävien linjausten toimeenpanoon. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa terveystieteiden politiikan terveyserojen kaventamista koskevien linjausten toimeenpanosta hallituskaudella 2007–2010 verotusta koskevien päätösten terveystieteiden vaikutusten arvioinnin toteuttamisen osalta.

4 TUTKIMUSAINEISTO, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA -MENETELMÄT

TUTKIMUSAINEISTO JA -KYSYMYKSET

Hallitus edustaa korkeaa julkista valtaa, ja sen esitykset kuvaavat sitoutumista hallitusohjelmaan ja muihin terveystalouden linjauksiin hallituskauden aikana. Kirjallisuuden perusteella veropolitiikka on keskeisimpiä politiikan aloja, joilla vaikutetaan useisiin terveyden keskeisiin determinantteihin ja niiden jakautumiseen yhteiskunnassa. Tämän vuoksi valitsin aineistoksi verotusta koskevat hallituksen esitykset eduskunnalle yhden hallituskauden, 2007–2010, ajalta. Aineisto on julkinen ja saatavissa eduskunnan Internet-sivustolla Valtiopäiväasiat ja -asiakirjat / hallituksen esitykset -sivuilta. Rajaamalla hallituksen esitykset vaalikauteen 2007–2010 ja asettamalla hakusanaksi vero* sain hakutulokseksi 143 hallituksen esitystä aikajärjestyksessä. Esityksistä yksi (HE 314/2010vp) oli rauennut ja yksi (HE 53/2008 vp) peruttu, joten jätin ne aineiston ulkopuolelle. Näin aineiston lopulliseksi kooksi tuli 141 hallituksen esitystä (ks. liite 1).

Aineiston valintaan ja rajaamiseen vaikuttivat tutkimuksen aihe, tutkimuskysymykset ja pyrkimys aineiston edustavuuteen, teoreettiseen yleistettävyyteen ja kattavuuteen sekä satunnaisuuden välttämiseen (ks. Eskola & Suoranta, 65). Pyrin vähentämään tulosten satunnaisuutta rajaamalla aineiston koko hallituskauden kattavaksi. Tämän vuoksi aineisto on kooltaan melko suuri. Suuri aineisto, siis enemmän samanlaatuisia havaintoyksiköitä, lisää tulosten yleistettävyyttä ja sen avulla oli mahdollista saada tutkimuskysymysten näkökulmasta parempi kokonaiskuva (ks. Alasuutari 2001, 51).

Selvitin aineistosta seuraavia asioita:

1. Mitä esitettyjen päätösten vaikutuksia verolainsäädännön perusteluasiakirjoissa mainitaan ja tuodaan päätöksentekijöiden tietoon?
2. Tunnistetaanko veropoliittisessa päätöksenteon valmistelussa päätösten mahdollisia terveysero- tai terveysvaikutuksia?
3. Millaisten päätösten valmistelussa terveysvaikutukset on tunnistettu?
4. Kuinka päätösten terveysvaikutuksista argumentoidaan silloin, kun niitä on mainittu?

TUTKIMUSMENETELMÄT

Tarkastelin aineistoa sisällönanalyysillä ja sisällön erittelyllä. Sisällönanalyysi on laadullinen tutkimusmenetelmä, jolla analysoidaan tekstiaineistoa ja etsitään sen merkityksiä. Sisällönanalyysin avulla tutkittavaa asiaa pyritään kuvaamaan sanallisesti, tiivistettynä ja yleisessä muodossa. Tiivistetystä aineistosta voidaan tehdä johtopäätöksiä. (Eskola & Suoranta 1998, 186–187; Tuomi & Sarajärvi 2009, 104–107.) Krippendorff (2004, 18) määrittelee sisällönanalyysin tutkimusmenetelmäksi, ” – – jonka avulla pyritään tekemään toistettavia ja päteviä päätelmiä tekstiaineistoista (tai muista mielekkäistä aineistoista) niiden käyttökontekstissa” (käännös kirjoittajan). Hän toteaa, että sisällönanalyysia voidaan pitää tieteellisenä työkaluna, jonka avulla voidaan saada uusia näkökulmia tutkittavaan ilmiöön, ja joka lisää tutkijan ymmärrystä siitä tai ohjaa käytännön toimintaa tutkimuksessa. Sisällönanalyysiin liittyy ajatus siitä, että analysoitava aineisto ”kuvaa tutkittavaa ilmiötä” (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108), mikä tarkoittaa omassa tutkielmassani sitä, että ajattelen tarkasteltavien hallituksen esitysten kuvaavan terveyspolitiikan linjausten toimeenpanoa hallituksen toiminnassa yleisemminkin.

Sisällönanalyysi voidaan jakaa varsinaiseen sisällönanalyysiin ja sisällön erittelyyn. Sisällön erittelyssä luokiteltua tekstin sisältöä kuvataan kvantitatiivisesti. (Eskola & Suoranta 1998, 186–187; Tuomi & Sarajärvi 2009, 104–107.) Käsitteenä sisällönanalyysi kattaa myös sisällön erittelyn (Tuomi & Sarajärvi 2009, 107), ja englanninkielisessä kirjallisuudessa puhutaankin vain laadullisesta ja määrällisestä sisällönanalyysista (ks. Krippendorff 2004). Tutkimusmenetelmänä sisällönanalyysi auttaa ymmärtämään ihmisten välistä viestintää siihen puuttumatta tai häiritsemättä viestiä käsitteleviä ihmisiä (mts., xiii). Tämän tutkielman yhteydessä tulkitsin tämän tarkoittavan sitä, etten ole vaikuttanut aineiston tekemiseen liittyneisiin prosesseihin, kyseessä olevien hallituksen esitysten valmisteluun, vaan rajannut ja koonnut valmiin aineiston analyysia varten.

Terveyseroja koskevien linjausten toimeenpanon arvioimiseksi myös määrällinen tarkastelu oli perusteltua. Sen avulla oli mahdollista saada tietoa siitä, miten suuressa määrin terveyserojen kaventamista koskevia linjauksia oli terveysvaikutusten arviointien osalta toimeenpantu verotusta koskevien hallituksen esitysten valmistelussa.

Määrällisen tarkastelun tein sisällön erittelyllä, jonka avulla saatoin poimia aineistosta tätä koskevan tutkimuskysymyksen kannalta keskeistä tietoa (Eskola & Suoranta 1998, 186; Tuomi & Sarajärvi 2009, 103) ja joka oli hyvin yhdistettävissä sisällönanalyysiin. Tutkimusaiheen kannalta merkittävintä tietoa sain nimenomaan kvantifioimalla aineistoa sisällönanalyysin avulla (ks. Eskola & Suoranta 1998, 174).

Tutkimusmenetelmien valintaan vaikuttivat sekä tutkimuskysymykset että aineiston luonne, joka oli valmis asiakirjatekstiaineisto. Sisällönanalyysi ja sisällön erittely edustavat menetelminä realistista näkökulmaa eli ne eivät edellytä tietyn teoreettisen viitekehyksen soveltamista, vaan perustuvat aineiston sisällön jäsentämiseen ja analysointiin. Tässä tutkielmassa olen lähestynyt aineistoa terveyden sosiaalisia determinantteja ja sosioekonomisia terveyseroja käsittelevään tutkimuskirjallisuuteen perehtymällä synnytetyn esiyymmärryksen näkökulmasta. Tätä esiyymmärrystä ei voida pitää varsinaisena teoriana, vaan ennemminkin empiiristen tutkimusten tuottamana näkemyksenä terveyden kausaalisista yhteyksistä julkisen vallan eri sektoreilla tehtäviin politiikkainterventioihin.

Tekstit, joita analysoidaan sisällönanalyysilla, ovat aina merkityksellisiä muillekin kuin analyysin tekijälle, ja viestin (tekstin) vastaanottajan ja sisällönanalyysin tekijän tapa lukea ja tulkita tekstiä on erilainen. Tekstit eivät ole objektiivisia, vaan niillä on aina jokin merkitys lukijoilleen. Niillä ei myöskään ole ainoastaan yhtä merkitystä, jonka voisi ”löytää” tekstistä, vaan tekstejä voidaan tarkastella useasta erilaisesta näkökulmasta. (Krippendorff 2004, 21–25.) Aineiston tarkastelun lähtökohtana oli kirjallisuuskatsauksen tuottama tieto. Tarkastelin aineistoa tutkimuksen tavoitteen ja tutkimuskysymysten (ks. Berelson 1952 Krippendorffin 2004, 45 mukaan) näkökulmasta. Tekstiaineiston kohteena on ollut eduskunta, jonka käsittelyyn hallituksen esitykset on saatettu. Kansanedustajien lukutapa, näkökulma ja tulkinta kyseessä olevista teksteistä ovat todennäköisesti eronneet ainakin jossain määrin tässä käytetystä, mutta juuri erilainen näkökulma saattoi tuottaa aineiston avulla uutta tietoa.

Sisällönanalyysi voi olla aineistolähtöistä, teoriaohjaavaa tai teorialähtöistä. *Aineistolähtöisessä* eli induktiivisessa *sisällönanalyysissä* aineisto pelkistetään tutkimustehtävän näkökulmasta eli siitä poistetaan tutkimuksen kannalta epäolennainen joko tiivistämällä aineisto tai pilkkomalla se osiin. Tämän jälkeen pelkistetty aineisto

klusteroidaan eli ryhmitellään, ja ryhmät yhdistetään luokiksi, jolloin aineisto tiivistyy. Klusteroinnin jälkeen luokiteltu aineisto abstrahoidaan eli käsitteellistetään. Siitä erotetaan tutkimuksen kannalta keskeinen tieto, jonka perusteella luodaan teoreettisia käsitteitä. Analyysin perusteella tehdyistä käsitteistä muodostetaan malli tai teoria ja tehdään johtopäätökset. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–113.)

Teorialähtöinen sisällönanalyysi on deduktiivista, millä tarkoitetaan sitä, että analyysissä tehtävä luokittelu perustuu aineiston sijasta aikaisempaan teoriaan tai käsitejärjestelmään. Teorialähtöinen sisällönanalyysi lähtee liikkeelle olemassa olevaan teoriaan tai tietoon perustuvan analyysirungon muodostamisesta. Aineistosta muodostetaan induktiivisen sisällönanalyysin mukaisesti luokituksia, jotka sijoitetaan analyysirunkoon. Analyysirungon ulkopuolelle jäävistä asioista muodostetaan luokkia induktiivisen sisällönanalyysin keinoin. Strukturoituun analyysirunkoon poimitaan aineistosta vain siihen sopivia asioita, ja sitä voidaan käyttää aikaisemman teorian tai käsitejärjestelmän testaamiseen uudessa kontekstissa. *Teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä* edetään aineiston ehdoilla, mutta siinä teoreettiset käsitteet muodostetaan abstrahoinnin vaiheessa aiemman tiedon pohjalta valmiiksi toisin, kuin aineistolähtöisessä, jossa käsitteet muodostetaan aineiston perusteella. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113–117.) Tarkastelin aineistoa teoriaohjaavasti, eli analyysissä tekemäni luokittelu perustui aikaisempaan teoriaan tai käsitejärjestelmään, tässä tapauksessa aikaisempaan terveyden determinanttien ja terveyserojen yhteyttä koskevaan tietoon (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 18–20).

ANALYYYSIN ETENEMINEN

Aloitin aineiston tarkastelun tulostamalla kaikista esityksistä kohdat esityksen pääasiallinen sisältö, sisällysluettelo ja esityksen vaikutukset. Esitysten laajuus vaihteli kahdesta sivusta 187 sivuun, minkä vuoksi kaikkia esityksiä ei ollut perusteltua tulostaa kokonaan. Mikäli arvioin esityksen sisällön ymmärtämisen ja sen tarkastelun kannalta tarpeelliseksi, tulostin myös esityksen tavoitteet ja nykytilan. Erotin tutkimuskysymysten kannalta olennaisen tekstiaineksen merkitsemällä sen tulosteisiin värillisellä yliviiivauskynällä. Tämän jälkeen laadin esityksistä MS Excel-taulukon, johon numeroin esitykset ja kirjasin niiden tunnuksat ja aiheet. Lisäksi kirjasin taulukkoon tiedot siitä, oliko esityksestä tehty terveys- tai terveyserovaikutusten arviointia; oliko esityksen arvioinnissa muutoin mainittu vaikutuksia terveyteen tai

terveyseroihin; oliko esityksestä arvioitu sen muita yhteiskunnallisia vaikutuksia; oliko esityksen taloudellisia vaikutuksia arvioitu sekä mahdollisia muita huomioita esityksestä. Keräsin myös erilliseen MS Word-tiedostoon listaa siitä, mitä vaikutuksia esityksissä oli arvioitu.

Kävin koko aineiston läpi kolmeen kertaan, mutta yksittäiset esitykset luin useita kertoja kullakin aineiston läpikäymisen kerralla. Luokittelin esitykset, jotta saatoin tarkastella sitä, kuinka paljon terveysvaikutusten arviointeja oli tehty erityisesti sellaisissa esityksissä, joiden terveysvaikutuksia olisi terveyseroja koskevan tiedon näkökulmasta vähintään pitänyt arvioida. Aloin hahmotella luokitusta aineiston ensimmäisen läpikäymisen perusteella. Luokat muodostin tutkimuksen lähestymistavan mukaan sillä perusteella, kuinka keskeisiin ja kuinka pitkien vaikutusketjujen päässä oleviin terveyden determinantteihin kunkin esityksen arvioin vaikuttavan ja sen terveysvaikutusten jakautuvan väestössä sosioekonomisen aseman mukaan. Luokituksen kriteerit tarkentuivat ja esitysten luokittelu muuttui johdonmukaisemmaksi toisella ja kolmannella aineiston läpikäymisen kerralla.

Lopullisen luokittelun kriteeristö rakentui tutkielman kirjallisuuskatsauksessa esitellyn terveyserotutkimuksen pohjalta. Joidenkin determinanttien, kuten esimerkiksi elintapojen, vaikutusketjut on selvitetty ja niiden terveysvaikutusten merkitys arvioitu paremmin. Näitä koskevat esitykset sijoitin luokkaan I. Joidenkin keskeisinä pidettyjen determinanttien, kuten esimerkiksi tulonjaon, työllisyyden tai asumisen vaikutuksista ei ole yhtä yksityiskohtaista tietoa, mutta niiden vaikutus on kirjallisuuden mukaan merkittävä. Tällä perusteella sijoitin myös näitä koskevat esitykset luokkaan I. Joillakin determinanteilla tiedetään olevan vaikutuksia, mutta niiden vaikutusketjut ovat pitempiä kuin luokkaan I sijoitettujen esitysten determinanttien. Tällaisia ovat aineistossa esimerkiksi valtion ja kuntien verotuloihin tai tuloihin vaikuttavat esitykset. Sijoitin nämä esitykset luokkaan II. Joidenkin tekijöiden terveysvaikutuksista ei ole aiempaa tutkimusta, eikä niillä ei voida olettaa olevan muita, kuin todennäköisesti pitkien vaikutusketjujen takana olevia vaikutuksia terveyteen ja sen jakautumiseen. Nämä esitykset sijoitin luokkaan III.

Toisella aineiston läpikäymisen kerralla tarkistin esityksistä tehtyjen merkintöjen oikeellisuuden ja lisäsin Excel-taulukkoon sarakkeen siitä, perustuiko esitys EY:n tai

myöhemmin EU:n lainsäädäntöön, direktiiveihin tai EU-tuomioistuimen päätökseen. Tämän jälkeen pelkistin aineiston luokittelemalla sen tutkimuskysymysten kannalta olennaisen sisällön perusteella (ks. Alasuutari 2001, 40). Luokittelua pidetään aineiston järjestämisen yksinkertaisimpana muotona ja, Tuomen ja Sarajärven (2013, 93) mukaan, itse asiassa ”kvantitatiivisena analyysinä sisällön teemoin” tai perustavalaatuisimpana mittaamisen muotona (Krippendorff 2004, 87).

Kolmannella aineiston läpikäymisen kerralla tarkistin kaikki merkinnät ja arvioin kunkin esityksen luokituksen uudestaan. Arvioin aineiston kolmannen läpikäymisen tarpeelliseksi sen vuoksi, että aineiston lukutapa oli muuttunut vähitellen systemaattisemmaksi. Halusin tämän vuoksi varmistaa, ettei sillä ollut vaikutusta aineiston esitysten sisällön analyysiin ja luokitteluun, mikä näin suuren aineiston analyysissa olisi hyvin mahdollista. Luokittelun jälkeen jatkoin sisällönanalyysia aineiston kvantifioimisella. Tällä tarkoitetaan sitä, että luokitellusta aineistosta lasketaan saman asian tai ilmiön esiintymistä lukumääräisesti, tässä tapauksessa tehtyjen terveysvaikutusten ja taloudellisten vaikutusten arviointien määrää, kuhunkin luokkaan kuuluvien esitysten määrää sekä niiden esitysten määrää, joiden terveysvaikutuksia olisi sisältönsä puolesta vähintään tullut arvioida. Aineiston kvantifioimisella tutkittavan ilmiön tulkintaan voidaan saada erilainen näkökulma. Arvioin aineiston riittävän suureksi, jotta kvantifiointi saattoi luotettavasti tuottaa uusia näkökulmia. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 120–121.)

Luokka I:n muodostin niistä esityksistä, jotka olivat lyhyimmän vaikutusketjun päässä tai joilla kirjallisuuden perusteella olisi merkittävää vaikutusta väestön terveyteen ja sen jakautumiseen tai heikoimmassa olevien terveyteen. Tähän luokkaan kuuluvien esitysten arvioin ehdottomasti edellyttäneen terveysvaikutusten arvioimista. Sijoitin tähän luokkaan kaikki tuloihin tai tulonjakoon, asumiseen, elinkeinonharjoittamiseen tai väestöryhmän työllisyyteen olennaisesti vaikuttavat esitykset. Luokkaan I sijoitin näistä myös ne, joilla on vaikutusta erityisesti heikommassa asemassa oleviin, kuten pienituloisiin vuokraviljelijöihin (mahdollisuus harjoittaa ammattiaan ja tulla sillä toimeen). Edellisten lisäksi sijoitin tähän luokkaan elintapoihin liittyvät, kuten esimerkiksi alkoholi- ja tupakkaveroja koskevat esitykset, perintö- ja lahjaveroja koskevat esitykset, energia- ja sähköveroja koskevat esitykset, sekä sairausvakuutusta ja työnantajan sosiaaliturvamaksua koskevat esitykset.

Luokkaan II sijoitin kohtalaisen vaikutusketjun päässä väestön terveydestä ja sen jakautumisesta tai heikoimmassa olevien terveydestä olevat esitykset. Myös näiden terveysvaikutuksia olisi tullut arvioida. Sijoitin tähän luokkaan ne valtion tai kuntien verotuloihin tai tuloihin vaikuttavat esitykset (kuusi esitystä), joita en sijoittanut muilla perusteilla luokkiin I tai III, sillä ne vaikuttavat välillisesti palveluiden ja sosiaaliturvan rahoitukseen. Osa näistä oli EU-perusteisia. Edellisten lisäksi sijoitin tähän luokkaan veronkiertoa tai harmaata taloutta ehkäisevät tai vähentävät esitykset (esim. HE 110/2007 vp ja HE 95/2009 vp) ja yleisemmin kilpailukykyyn tai yritysten toimintaan vähän vaikuttavat esitykset. Sijoitin lisäksi tähän luokkaan esitykset, joilla saattaa olla vähäisiä vaikutuksia työllisyyteen, ja esitykset, joilla saattaa olla välillistä vaikutusta koulutuksen järjestämiseen (esim. yliopistojen verotusta ja rahoitusta koskevat esitykset). Sijoitin tähän luokkaan myös välillisesti elinympäristöön vaikuttavat esitykset, kuten ne auto- ja ajoneuvoveroja koskevat esitykset, joiden tavoitteena oli vaikuttaa myönteisesti ilman laatuun.

Luokkaan III sijoitin ne esitykset, jotka ovat pitkien vaikutusketjujen päässä, tai joiden vaikutuksen väestön terveyteen ja sen jakautumiseen tai heikoimmassa olevien terveyteen arvioin kirjallisuuden perusteella olevan vähäinen. Näitä olivat sopimukset veroasioita koskevien tietojen vaihtamiseksi tai / ja tuloveroja koskevan kaksinkertaisen verotuksen välttämiseksi tehdyt maidenväliset vero- tai veroihin liittyvän tiedonvaihdon sopimukset (45 esitystä) sekä tekniset muutokset, joilla tarkoitan olemassa olevan käytännön tai määräajan väliaikaista jatkamista, voimaantulon muuttamista, aikaisemman esityksen täydentämistä tai olemassa olevan lain lyhytaikaista muuttamista. Ne lakiesitykset, jotka sisälsivät sekä teknisiä että muita muutoksia, luokittelin muun sisällön kuin teknisen muutoksen perusteella. Lisäksi sijoitin tähän luokkaan verohallinnon organisaation uudistamista tai uuden yksikön perustamista koskevat esitykset, veroviranomaisten toiminnan muutoksia koskevat ja verojen maksamista, tilittämistä, ilmoittamista ja palauttamista koskevat esitykset sekä rahanpesun ja terrorismin rahoittamisen estämiseen liittyvät esitykset. Tähän luokkaan kuuluvilla lakiesityksillä ei ole suoria tai lyhyen vaikutusketjun päässä olevia vaikutuksia terveyteen, mutta ne voivat kuitenkin muokata ihmisten kokemuksia yhteiskunnan oikeudenmukaisuudesta ja tasa-arvoisuudesta lain edessä tai palveluiden

saatavuudessa ja niiden laadussa. Tällä saattaa olla vaikutuksia yhteiskunnan sosiaaliseen koheesioon, joka myös on yksi terveyden determinantti.

Luokittelun jälkeen laskin MS Excel-taulukon avulla kuhunkin luokkaan kuuluvien esitysten kokonaismäärän ja tehtyjen terveysero- tai terveysvaikutusten arviointien määrän. Näin sain kokonaiskuvan vaalikauden 2007–2010 aikana aineistoon kuuluvissa esityksissä tehtyjen terveysvaikutusten arviointien määrästä luokittain. Lisäksi sain käsityksen niiden esitysten (luokkaan I kuuluvien) määrästä, joiden terveysvaikutuksia ei ollut arvioitu, vaikka ne olisivat edellyttäneet terveysvaikutusten arviointia. Jälkimmäisille lisäsin vielä oman sarakkeen tarkastelun helpottamiseksi. Lisäksi laskin niiden esitysten lukumäärän, jotka perustuivat EY:n tai myöhemmin EU:n lainsäädäntöön, direktiiveihin tai EU-tuomioistuimen päätökseen.

Lopuksi tarkastelin terveysvaikutuksiin liittyvää argumentointia esityksissä. Keräsin kaikki terveyteen liittyvät arviointitekstit omaksi MS Word -tiedostokseen, jotta saatoin tarkastella terveysvaikutuksiin liittyvää argumentaatiota ensin kokonaisuutena. Analysoin myös argumentointia laadullisella sisällönanalyysillä. Koska tätä oli varsin vähän, rajoitun tässä tutkimuksessa keskeisten argumenttien kuvailuun. Tämän jälkeen tarkastelen argumentointia esityksittäin ja esitysten aiheittain.

5 TULOKSET

5.1 Esitysten vaikutusarviointit

Lähes kaikissa, 140 esityksessä, oli arvioitu niiden taloudellisia vaikutuksia tai vaikutuksia viranomaisten resursseihin. Maininta taloudellisten vaikutusten arvioinnista puuttui ainoastaan esityksestä verotustietojen julkisuudesta ja salassapidosta (HE 72/2010 vp). Taloudellisten arviointien lisäksi esityksissä oli arvioitu hallinnollisia vaikutuksia, vaikutuksia viranomaisten toimintaan, ympäristövaikutuksia ja yleisiä yhteiskunnallisia vaikutuksia, kuten sosiaalisia vaikutuksia, sukupuolivaikutuksia, hintavaikutuksia, tulo- ja tulonjakovaikutuksia, vaikutuksia työllisyyteen,

organisaatiovaikutuksia, yritysvaikutuksia, vaikutuksia henkilöstön asemaan, vaikutuksia eri kansalaisryhmien asemaan, tietoyhteiskuntavaikutuksia, vaikutuksia kuntien ja seurakuntien verotuloihin, vaikutuksia sairausvakuutuksen sairaanhoitomaksun tuottoon, vaikutuksia yleiseen järjestykseen ja turvallisuuteen sekä terveysvaikutuksia.

Terveysvaikutuksia oli arvioitu yhteensä seitsemässä esityksessä, jotka kaikki olin sijoittanut luokkaan I. Nämä esitykset koskivat tupakan, alkoholin ja niiden matkustajatuonnin verotusta sekä makeisten, jäätelön ja virvoitusjuomien verotusta. Terveyserovaikutuksia oli tunnistettu tai mainittu näistä viidessä ja arvioitu kahdessa esityksessä. Esitysten luokittelussa sijoitin 29 esitystä luokkaan I, 30 esitystä luokkaan II ja 82 esitystä luokkaan III. Luokkaan I kuuluvista esityksistä 22:ssa ei ollut arvioitu terveysvaikutuksia. Kahteen muuhun luokkaan kuuluvista esityksistä terveysvaikutuksia ei ollut arvioitu lainkaan. Taulukossa 1 on yhteenveto esitysten ja niistä tehtyjen terveysvaikutusten arviointien lukumääristä luokittain.

TAULUKKO 1. Esitysten ja niistä tehtyjen terveysvaikutusten arviointien lukumäärät luokittain

luokka	I	II	III	yhteensä
esityksiä	29	30	82	141
TVA tehty	7	0	0	7

Tarkastelin terveysvaikutusten arviointien jakautumista hallituskauden ajalta myös vuosittain. Vaihtelu ei ollut suurta: vuonna 2008 terveysvaikutusten arviointeja oli tehty suhteellisesti eniten ja vuonna 2007 vähiten (ks. taulukko 2). Terveysvaikutusten arviointien lisäksi yksittäisiä viittauksia terveyteen ilman vaikutusten arviointia oli yhteensä viiden esityksen (esim. HE 147/2007 vp) ympäristövaikutusten arvioinnissa. EY:n tai myöhemmin EU:n lainsäädäntöön, direktiiveihin tai EU-tuomioistuimen päätökseen kokonaan tai osin perustuvia esityksiä oli yhteensä 28.

TAULUKKO 2. Esitysten ja niistä tehtyjen terveysterveysten arviointien lukumäärä ja prosenttiosuus vuosittain

vuosi	2007	2008	2009	2010	yhteensä
esityksiä	22	32	51	36	141
TVA tehty	1	3	2	1	7
TVA %	4,5	9,4	3,9	2,8	5,0

5.2 Esitysten suhde terveyden determinantteihin

TULOT JA TULONJAKO

Aineistossa oli kuusi (luonnollisten) henkilöiden tulojen verotukseen liittyvää esitystä. Niissä ei ollut arvioitu terveysterveysten vaikutuksia, mutta esitysten taloudellisia vaikutuksia oli arvioitu kaikissa. Esimerkiksi esityksessä vuoden 2010 tuloveroasteikkolaiksi (HE 133/2009) tuloverotusta ehdotetaan kevennettäväksi ja perusvähennystä korotettavaksi, millä on vaikutusta kaikkiin tulonsaajiin. Esityksessä oli arvioitu ainoastaan sen taloudellisia vaikutuksia. Esityksessä laiksi perintö- ja lahjaverolain muuttamiseksi (HE 58/2007 vp) oli arvioitu vaikutuksia perinnönsaajan asemaan, perintöveron tuottoon sekä vaikutukset sukupuolten välillä, mutta ei vaikutuksia terveyteen tai sen jakautumiseen.

TYÖLLISYYS JA TOIMEENTULOTURVA

Useilla esityksillä (esim. HE 6/2009 vp) oli yleisiä vaikutuksia työllisyyteen, mutta niissä ei ollut arvioitu terveysterveysten vaikutuksia. Toimeentuloturvaan vaikuttavista esityksistä esityksellä laeiksi sairausvakuutuslain ja työnantajan sosiaaliturvamaksusta annetun lain 4 §:n muuttamisesta (HE 76/2007 vp) oli arvioitu olevan vaikutusta noin 100 000 päivärahasaajaan. Vaikutusta arvioitiin olevan etuuden määrittelyyn, minkä seurauksena heidän sairauspäivärahasa, vanhempainpäivärahasa tai kuntoutusrahasa määrän oli arvioitu alenevan. Esityksessä oli arvioitu ainoastaan sen taloudellisia vaikutuksia. Esityksellä henkilöstörahasaolaiksi (HE 44/2010 vp) oli arvioitu olevan

vaikutuksia muun muassa taloudellisesti tai tuotannollisesti irtisanottujen asemaan (joka muuttuisi ”kohtuullisemmaksi”) sekä joidenkin rahaston jäsenten etuuksien määrään tätä alentavasti. Esityksessä oli arvioitu sen taloudelliset vaikutukset, yritysvaikutukset, vaikutukset viranomaisten toimintaan sekä vaikutukset eri kansalaisryhmien asemaan. Terveysvaikutuksia ei ollut arvioitu.

KULUTUS, ELINTAVAT SEKÄ KULTTUURI JA LIIKUNTA

Arvonlisäveroa koskevia hallituksen esityksiä oli vaalikaudella yhteensä kahdeksan. Näistä hallituksen esityksen elintarvikkeiden ja rehujen arvonlisäverokannan alentamiseksi 17 prosentista 12 prosenttiin (HE 114/2008 vp) perusteena oli, hallitusohjelman mukaisesti, lisätä verotuksen oikeudenmukaisuutta. Esityksessä oli arvioitu kokonaistaloudelliset, hinta- sekä tulo- ja tulonjakovaikutukset. Terveysvaikutuksia ei ollut arvioitu, mutta vaikutusten erot eri tuloluokissa oli tunnistettu.

Hallituksen esityksellä laiksi makeisten, jäätelön ja virvoitusjuomienvalmisteverosta sekä eräiden valmisteverotusta koskevien lakien muuttamisesta (HE 148/2010 vp) on todennäköisesti myönteisiä vaikutuksia terveyteen. Tämä oli tunnistettu esityksen vaikutusten arvioinnissa, mutta vaikutusten jakautumista ei ollut arvioitu.

Kulttuuri- ja liikuntapalveluiden sekä esimerkiksi lääkkeiden hintoihin ja käyttömahdollisuuksiin vaikuttavat yleistä arvonlisäveroa koskevat muutokset. Tätä koski yksi esitys (HE 137/2009 vp). Sen terveysvaikutuksia tai niiden jakautumista ei ollut arvioitu.

ASUMINEN JA YMPÄRISTÖ

Asumiseen liittyvissä esityksissä ei ollut arvioitu terveysvaikutuksia. Esityksessä laiksi kiinteistöverolain muutoksesta (HE 119/2009 vp) oli arvioitu yleisellä tasolla vaikutuksia kuntien talouteen, verohallintoon sekä yrityksiin ja kotitalouksiin. Esityksessä on kuitenkin tunnistettu sen tulonjakovaikutus eli se, että veron osuus käytettävissä olevista tuloista vaihtelee tulojen mukaan.

Energia- ja sähköveroja koskevia, muita, kuin voimaantuloon liittyviä, esityksiä (esim. HE 147/2010 vp) oli yhteensä kolme. Näillä on vaikutusta asumiseen, elinkeinon

harjoittamiseen ja liikkumiseen sekä jossain määrin vapaa-ajan kulutukseen. Näissä oli arvioitu taloudellisia, ympäristö-, viranomaistoimintaan kohdistuvia ja yhteiskunnallisia vaikutuksia. Näistä useimmissa oli viittauksia terveyteen, kuten esimerkiksi terveydelle haitallisiin päästöihin ja niiden vähentämiseen, mutta terveysvaikutuksia ei ollut arvioitu

5.3 Esitysten tavoittelemat vaikutukset

ALKOHOLI, TUPAKKA JA MAKEISET

Esityksistä terveystavoitteisia oli osa tupakan (esim. HE 115/2008 vp), ja alkoholin (esim. HE 202/2008 vp, ja HE 70/ 2009 vp) verotukseen liittyvistä esityksistä. Esitys tupakkaverolaiksi (HE 115/2008 vp) oli tehty terveyspoliittisin perustein. Esityksessä oli arvioitu sen vaikutuksia talouteen, terveyteen ja terveyseroihin sekä muita yhteiskunnallisia vaikutuksia. Myös myöhempi esitys tupakkaverolaiksi (HE 134/2009 vp) oli tehty terveyspoliittisin perustein, ja siinä oli lyhyt terveysvaikutusten arviointi. Tämä on aineiston kahdesta esityksestä toinen, jossa oli arvioitu myös sen terveysvaikutusten jakautumista.

Alkoholin ja alkoholijuomien verotusta tai matkustajatuontia koskevia esityksiä oli hallituskaudella yhteensä neljä. Näissä kaikissa oli arvioitu terveysvaikutuksia ja kolmessa oli tunnistettu vaikutusten jakautuminen väestöryhmittäin. Esityksessä laiksi alkoholi- ja alkoholijuomaverosta annetun lain liitteen muuttamisesta (HE 60/2007 vp) oli tunnistettu alkoholinkäytön jakautuminen väestöryhmittäin, mutta terveysvaikutusten jakautumista ei ollut arvioitu. Esityksen tavoitteena oli muun muassa edistää terveyttä vähentämällä alkoholin kokonaiskulutusta ja sen aiheuttamia terveyshaittoja. Esityksen yhteiskunnallisten vaikutusten arviointi sisälsi sosiaali- ja terveysvaikutukset ja vaikutukset yleiseen järjestykseen ja turvallisuuteen. Siinä oli arvioitu, että sosiaali- ja terveyshaitat vähenisivät samassa suhteessa alkoholin kulutuksen kanssa. Veron korotuksella arvioitiin olevan suurin vaikutus alkoholin suurkuluttajiin ja nuorten alkoholin kulutukseen. Arvioinnissa viitattiin siihen, että alkoholihaittoja on eniten sen suurkuluttajilla. (HE 60/2007 vp.)

Saman hallituskauden seuraavassa alkoholi- ja alkoholijuomaveron korottamista koskevassa esityksessä (HE 202/2008 vp) esitettiin alkoholi- ja alkoholijuomien veron korottamista. Esityksen tavoitteeksi mainittiin *”kehittää – – alkoholiverotusta tavalla, joka turvaa alkoholiveron veropohjan samalla, kun se tukee muita alkoholipoliittisia tavoitteita, kuten terveyden edistämistä”*. Esityksessä oli tunnistettu ja arvioitu sen terveysvaikutuksia. Lisäksi siinä oli tunnistettu vaikutusten jakautuminen väestöryhmittäin, mutta sitä ei ollut arvioitu.

Tätä seuraavassa alkoholi- ja alkoholijuomaveron korottamista koskevassa esityksen (HE 70/2009 vp) ensimmäiseksi tavoitteeksi oli asetettu valtion verotulojen lisääminen. Toisena tavoitteena *”on jatkaa – – maltillista ja portaittaista alkoholiveron kehittämistä myös sosiaali- ja terveystaloudelliset näkökohdat huomioon ottaen”*. Korotukset oli pyritty toteuttamaan siten, etteivät ne lisäisi kotimaisen myynnin korvautumista matkustajatuonnilla. Terveysvaikutusten jakautuminen väestöryhmittäin oli tunnistettu, mutta siitä oli todettu ainoastaan, että vaikutusten ennakoitiin kohdistuvan erityisesti suurkuluttajien ja nuorten alkoholin käyttöön.

Hallituksen esitys eräiden matkustajatuomisten arvonlisä- ja valmisteverottomuuteen sekä tullittomuuteen liittyvien säännösten muuttamisesta (HE 145/2008 vp) koski osin myös alkoholin ja tupakan matkustajatuontia. Esityksen oli arvioitu olevan sosiaali- ja terveysvaikutuksiltaan neutraali eikä sen arvioitu lisäävän sosiaali- ja terveystaloudellisia haittoja. Esityksessä ei mainittu eikä ollut arvioitu terveysvaikutusten jakautumista väestöryhmittäin.

Tupakan verotukseen liittyi edellä mainitun esityksen lisäksi kaksi muuta esitystä. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi tupakkaverosta annetun lain liitteen muuttamisesta (HE 115/2008 vp) tavoitteena oli tupakkaverotuksen korottaminen terveystaloudellisin perustein. Veron korotus pyrittiin kohdentamaan niin, että siitä seuraava tupakan hinnan nousu olisi ehkäissyt erityisesti nuorten tupakoinnin aloittamista. Esityksessä oli arvioitu sen sosiaali- ja terveysvaikutuksia. Siinä oli myös tunnistettu vaikutusten jakautuminen sosioekonomisen aseman mukaan ja arvioitu sitä. Esitysten vaikutusten oli arvioitu kohdistuvan ensisijaisesti alempiin tuloluokkiin kuuluvien ja nuorten ryhmiin. Vuonna 2009 annettu esitys eduskunnalle laiksi tupakkaverosta annetun lain liitteen muuttamisesta (HE 134/2009 vp) oli myös tehty

terveyspoliittisin perustein. Myös siinä oli arvioitu sekä terveysvaikutuksia että niiden jakautumista sosiaaliryhmittäin, ja esitetyn korotuksen oli arvioitu kohdistuvan erityisesti nuoriin.

Aiemmin mainitun, niin sanotun makeisveron (HE 148/2010 vp) ensisijaisena tavoitteena oli esityksen mukaan ollut nimenomaan valtion verotulojen lisääminen. Tätä painotettiin sekä esityksen tavoitteissa että terveydellisten ja sosiaalisten vaikutusten arvioinnissa. Lisäksi siinä todettiin, ettei esityksen tavoitteena ollut vaikuttaa myönteisesti kansanterveyteen. (mts., 8, 15, 17.) Esityksen vaikutusten arvioinnissa todettiin kuitenkin, että esityksellä saattaa olla myönteisiä vaikutuksia terveyteen. Näiden vaikutusten jakautumista ei ollut arvioitu.

ASUMINEN JA YMPÄRISTÖ

Asumiseen ja asumismuotoon liittyviä tavoitteita oli esityksissä vähän. Yhden esityksen (177/2008 vp) tavoitteena oli lisätä vapaarahoitteista vuokra-asuntotuotantoa. Näissä esityksissä oli arvioitu muun muassa taloudellisia, viranomaisten toimintaan kohdistuvia sekä ympäristö- ja yhteiskunnallisia vaikutuksia, mutta ei terveysvaikutuksia.

Useissa esityksissä oli arvioita esityksen myönteisistä ympäristövaikutuksista, mutta näiden sisällä ei ollut arvioitu vaikutuksia ihmisten terveyteen. Verotusta ohjauskeinona tai kannustimena käytettiin myönteisten ympäristövaikutusten, kuten liikenteen hiilidioksidipäästöjen vähentämisen, edistämiseksi muun muassa esityksissä ajoneuvoverosta (esimerkiksi HE 146/2007 vp), esityksessä laiksi autoverolain, arvonlisäverolain ja ajoneuvolain muuttamisesta (HE 192/2008 vp) ja esityksessä laiksi ajoneuvoverolain muuttamisesta annetun lain 10 §:n muuttamisesta (HE 135/2009 vp) sekä esityksessä jäteverolaiksi (HE 159/2010 vp). Jäteveroa koskevan esityksen tavoitteena oli kohdistaa vero ympäristö- ja terveysvaikutuksiltaan haitallisimpiin jätelajeihin, mutta sen terveysvaikutuksia ei ollut kuitenkaan arvioitu.

Hallituksen esityksen energiaverotusta koskevan lainsäädännön muuttamiseksi (HE 147/2010 vp) tavoitteena oli vähentää terveydelle haitallisia lähipäästöjä, mutta esityksessä ei arvioitu sen terveysvaikutuksia. Myös yhdessä autojen verotusta koskevan esityksen (HE 147/2007 vp) ympäristövaikutusten arvioinnissa viitattiin

välillisiin terveysvaikutuksiin toteamalla terveydelle haitallisten pakokaasupäästöjen vähenevän autokannan uudistumisen välityksellä.

KULTTUURI; LIIKUNTA JA PALVELUT

Osa verotusta koskevista esityksistä oli muutosesityksiä saman hallituksen esittämiin ja eduskunnan hyväksymiin aiempiin päätöksiin. Tällainen oli osittain esimerkiksi HE 137/2009 vp, jossa arvonnlisäverokantoja ehdotettiin valtiontaloudellisista syistä muutettaviksi nostamalla elintarvikkeisiin ja rehuihin sovellettava, hallituksen aiemman esityksen (HE 114/2008 vp) mukaisesti 17 prosentista 12 prosenttiin laskettu, verokanta 12 prosentista 13 prosenttiin.

Samassa esityksessä esitettiin myös yleisen arvonnlisäverokannan nostamista 22 prosentista 23 prosenttiin, sekä kirjoihin, lääkkeisiin, liikuntapalveluihin, henkilökuljetuksiin, majoituspalveluihin, televisiolupatuloihin, kulttuuri- ja viihdetilaisuuksiin, tekijän suorittamiin taide-esineiden myynteihin, kaikkien taide-esineiden maahantuontiin, tekijänoikeusjärjestöjen saamiin tekijäankorvauksiin, parturi- ja kampaamopalveluihin ja eräisiin pieniin korjauspalveluihin sovellettava verokanta 8 prosentista 9 prosenttiin. Kilpailutilanteen parantamiseksi esitettiin lisäksi ravintola- ja ateriapalveluihin kohdistuvaa verokantaa laskettavaksi 22 prosentista 13 prosenttiin. Esityksen arvioitiin elintarvikkeiden arvonnlisäveron alentamisen kautta lisäävän yleistä ostovoimaa, mutta ei lisäävän ruuan kulutusta. Kokonaisuudessaan esitettyjen muutosten arvioitiin lisäävän valtion vuotuisia verotuloja 426 miljoonalla eurolla ja parantavan kokonaistyöllisyyttä noin 4800 hengellä. Esityksen terveys- tai terveyserovaikutuksia ei ollut arvioitu.

5.4 Terveysvaikutuksiin liittyvä argumentointi

Terveysvaikutuksia oli arvioitu ainoastaan elintapoihin liittyvissä esityksissä. Näissä terveysvaikutuksista ja niiden jakautumisesta argumentoitiin hyvin samalla tavalla, osin jopa täysin samoin sanoin ja lausein. Alkoholin verotukseen liittyvien esitysten terveysvaikutusten arvioinneissa painottuivat keskimääräisen tai kokonaiskulutuksen väheneminen. Alkoholin käytön väestöryhmittäiset erot nähtiin keskimääräisen

kehityksen, kokonaiskulutuksen ja alkoholihaittojen arvioimisen vaikeuttajana. Arvioinneissa puhuttiin sosiaali- ja terveyshaittojen vähenemisestä, mutta niiden jakautumista ei ollut arvioitu. Tämän lisäksi alkoholin verotusta koskevien esitysten terveysvaikutusten arvioinneissa painottui vaikutus suurkuluttajien alkoholin kulutukseen.

Esityksessä laiksi alkoholi- ja alkoholijuomaverosta annetun lain liitteen muuttamisesta (HE 60/2007 vp) oli sosiaali- ja terveysvaikutusten arvioinnissa todettu, että

Koko väestön tasolla voidaan karkeasti arvioida, että ehdotettujen veronkorotusten seurauksena alkoholin sosiaali- ja terveyshaitat vähenisivät samassa suhteessa kuin alkoholin kokonaiskulutus. Keskimääräisen kehityksen arvioinnin merkitystä vähentää kuitenkin se, että alkoholinkäyttö on eriytynyt väestöryhmittäin. – – On odotettavissa, että alkoholiveronkorotuksella on suurin vaikutus juuri suurkuluttajien kulutukseen.

Seuraavassa alkoholiveron korottamiseen liittyvässä esityksessä, esityksessä laiksi alkoholi- ja alkoholijuomaveron korottamisesta (HE 202/2008 vp) viitattiin siihen, että vuoden 2004 alkoholiveron alentamisen jälkeen alkoholin kokonaiskulutus ja alkoholihaitat olivat lisääntyneet huomattavasti. Tämän jälkeen alkoholiveroa oli korotettu ensimmäisen kerran vuonna 2008. Esityksen sosiaali- ja terveysvaikutusten arviointi oli lähes täysin samanmuotoinen kuin edellä ollut (HE 60/2007 vp). Siihen oli lisätty vain lause:

Monet alkoholihaitat näyttävät keskittyneen alkoholin suurkuluttajien ryhmään.

Saman hallituskauden seuraavassa alkoholi- ja alkoholijuomaveron korottamista koskevassa esityksessä (HE 70/2009 vp) sosiaali- ja terveysvaikutuksia arvioitiin edelleen lähes samoin sanoin:

Koko väestön tasolla voidaan karkeasti arvioida, että ehdotettujen veronkorotusten seurauksena alkoholin sosiaali- ja terveyshaitat vähenisivät samassa suhteessa kuin alkoholin kokonaiskulutus. – – Keskimääräisen kehityksen arvioinnin merkitystä vähentää kuitenkin se, että alkoholinkäyttö on eriytynyt väestöryhmittäin. Monet alkoholihaitat näyttävät keskittyneen

alkoholin suurkuluttajien ryhmään. On odotettavissa, että alkoholiveronkorotuksella on suurin vaikutus juuri suurkuluttajien kulutukseen.

Matkustajatuontiin liittyvässä esityksessä terveysvaikutukset oli häivytetty ilmauksen sosiaali- ja terveyspoliittiset haitat taakse. Alkoholin ja tupakan matkustajatuontiin liittyvässä esityksessä eräiden matkustajatuomisten arvonlisä- ja valmisteverottomuuteen sekä tullittomuuteen liittyvien säännösten muuttamisesta (HE 145/2008 vp) arvioitiin sen terveysvaikutuksista, että: *”Ehdotuksen voidaan olettaa olevan myös sosiaali- ja terveysvaikutuksiltaan neutraali – – Ehdotuksen ei arvioida lisäävän sosiaali- ja terveyspoliittisia haittoja – –.”*

Myös tupakan verotusta koskevissa esityksissä toistui keskenään hyvin samanlainen terveysvaikutuksiin liittyvä argumentointi. Siinä tunnistettiin terveysvaikutusten jakautuminen sosioekonomisen aseman mukaan joko tuloluokan tai sosiaaliryhmän mukaan. Esitys tupakkaverolaiksi on tehty terveyspoliittisin perustein (HE 115/2008 vp). Esityksessä on arvioitu vaikutuksia talouteen, terveyteen ja terveyseroihin sekä muita yhteiskunnallisia vaikutuksia. Terveysvaikutuksista todetaan, että:

Veronkorotuksen seurauksena tupakkatuotteiden kulutuksen ja siten tupakoinnista aiheutuvien terveyshaittojen arvioidaan vähenevän. Kulutuksen vähenemisestä seuraavat terveysvaikutukset realisoituvat kuitenkin vasta pitkällä aikavälillä, vuosien tai vuosikymmenten kuluttua. Koko väestötason kehityksen lisäksi tupakoinnin vähentymisen voidaan olettaa tasaavan eri sosiaaliryhmien välisiä terveyseroja, sillä tupakointi on yleisempää alemmissa tuloluokissa.

Lisäksi oletettiin, että nuorten tupakkatuotteiden kulutus vähenisi aikuisia herkemmin, koska heillä on vähemmän rahaa käytettävissään. Esityksen vaikutusten arvioinnissa todettiin myös, että tupakan veronkorotus saattaa lisätä tupakkatuotteiden salakuljetusta, harmaata tuontia ja järjestäytynyttä rikollisuutta, ja että laittomat markkinat liittyvät usein terveydelle haitallisempiin tuotevääreännöksiin. (HE 115/2008 vp.)

Seuraavana vuonna annetun, terveysperusteisen tupakkaveron korottamiseen liittyvän esityksen (HE 134/2009 vp) terveysvaikutusten argumentointi oli sanasta sanaan täysin

samanlaista, ainoastaan sosiaalista asemaa kuvaava termi, tuloluokka, oli tässä esityksessä vaihdettu sosiaaliryhmäksi:

– – *Koko väestötason kehityksen lisäksi tupakoinnin vähentymisen voidaan olettaa tasaavan eri sosiaaliryhmien välisiä terveyseroja, sillä tupakointi on yleisempää alemmissa sosiaaliryhmissä.*

Myös tässä esitetyn veronkorotuksen arvioitiin saattavan lisätä harmaata tuontia, salakuljetusta ja terveydelle haitallisempia tuotevääreännöksiä. (HE 134/2009 vp.)

Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi makeisten, jäätelön ja virvoitusjuomien valmisteverosta sekä eräiden valmisteverotusta koskevien lakien muuttamisesta (HE 148/2010 vp) poikkesi argumentoinniltaan alkoholin ja tupakan terveysvaikutusten arvioinneista, sillä siinä painotettiin nimenomaan esitetyn veron fiskaalisia tavoitteita. Esityksen terveysvaikutuksia oli arvioitu makeisten ja virvoitusjuomien terveydelliset ja sosiaaliset vaikutukset -otsikon alla. Arvioinnin alussa todettiin, että:

Ehdotus perustuu makeisten, jäätelön ja virvoitusjuomien verottamiseen valtion tulojen kartuttamiseksi eikä sen tavoitteeksi ole asetettu positiivisia vaikutuksia kansanterveyteen. Voidaan kuitenkin arvioida, että makeisten, jäätelön ja virvoitusjuomien valmisteverolla saattaa olla positiivisia vaikutuksia kansanterveyteen näiden tuotteiden vähenevän kulutuksen kautta.

Tämän esityksen argumentoinnissa painottui käsite kansanterveys, mutta tässä mainittiin kuitenkin joitakin esityksen välillisiä vaikutuksia, sairauksia, nimeltä. Esityksessä todettiin liian suuren energiansaannin olevan ”ravitsemuksellisesti suurin uhka kansanterveydellemme” ja viitattiin lihavuuden kielteisiin terveysvaikutuksiin:

Ylipainosta on muodostunut kansanterveydellinen ongelma viime vuosikymmeninä. Lihavuudella on merkittäviä kielteisiä vaikutuksia sekä yksilön että väestön terveydentilaan, koska se lisää riskiä sairastua muun muassa aikuisiän diabetekseen tai verenpainetautiin. (HE 148/2010 vp.)

Lisäksi sokeria sisältävien tuotteiden nauttimisen arvioitiin olevan ”riski myös hampaiden reikiintymiselle”. Huomiota kiinnitettiin myös siihen, että: ”Huolestuttavaa on se, että lasten ja nuorten suun terveys on Suomessa huonontunut viime

vuosikymmeninä nopeasti.”. Mainituista terveysvaikutuksista minkään jakautumista ei ollut tunnistettu eikä arvioitu. (HE 148/2010 vp.)

6 POHDINTA

6.1 Yhteenveto tuloksista

Tässä tutkimuksessa selvitettiin terveystalouden terveyserojen kaventamista koskevien linjausten toimeenpanoa terveysvaikutusten arviointien osalta veropoliittisen päätöksenteon valmistelussa. Tulokset osoittivat, että näiden linjausten toimeenpano on vähäistä, eikä päätösten terveysvaikutuksia tai niiden jakautumista juuri tunnisteta veropoliittisen lainsäädännön valmistelussa. Tutkimuksen tulosten perusteella näyttää myös siltä, että veropoliittisen päätöksenteon valmistelussa monien terveyserojen kannalta keskeisten rakenteellisten tekijöiden, kuten tulonjaon ja työllisyyden, tai elinoloihin ja -ympäristöön kohdistuvien muutosten vaikutusta terveyteen ei juuri tunnisteta eikä arvioida. Sen sijaan elintapoihin liittyvien muutosten vaikutus terveyteen ja terveyseroihin tunnistetaan ja sitä arvioidaan paremmin.

Aineistoon kuuluvista 141 esityksestä seitsemässä oli tunnistettu ja arvioitu terveysvaikutuksia. Näistä seitsemästä viidessä oli maininta terveysvaikutusten jakautumisesta väestöryhmien välillä, mutta sitä oli arvioitu lyhyesti vain kahdessa esityksessä. Esitysten luokittelun perusteella vähintään 22 muun esityksen terveysvaikutuksia olisi pitänyt arvioida. Taloudellisia vaikutuksia oli arvioitu yhtä lukuun ottamatta kaikissa esityksissä. Lisäksi esityksissä oli arvioitu, terveysvaikutuksia huomattavasti enemmän, useita muita vaikutuksia. Lukuisat esitykset sisälsivät arvion esityksen ympäristövaikutuksista ilman, että ympäristövaikutusten sisällä olisi kuitenkaan arvioitu vaikutuksia ihmisten terveyteen.

Terveysvaikutusten argumentointi oli hyvin suppeaa ja siinä toistuivat samanlaiset ilmaisut ja jopa sanasta sanaan täysin samanlaiset lauseet. Argumentoinnissa puhuttiin keskimääräisistä, väestötason, kokonais- tai kansanterveyteen liittyvistä vaikutuksista.

Vain yhdessä esityksessä mainittiin joitakin sen välillisistä terveysvaikutuksista, kuten aikuisiän diabetes erikseen nimeltä. Alkoholilainsäädäntöön liittyvien esitysten terveysvaikutusten arvioinneissa puhuttiin keskimääräisen kehityksen merkityksen arvioinnista ja siitä, että väestöryhmittäiset erot pikemminkin vaikeuttavat sitä. Näissä esityksissä ei siis ollut nähty tarpeelliseksi arvioida terveyserovaikutuksia.

Esityksissä oli yhdistetty valtiontaloudellisiin tavoitteisiin muita, kuten ympäristötavoitteita, mutta hyvin vähän kansanterveydellisiä tavoitteita. Elintapoihin liittyvissä, kuten tupakan ja alkoholin verotusta koskevissa, esityksissä oli fiskaalisiin tavoitteisiin yhdistetty terveystavoitteita kun taas makeisveroa koskevassa esityksessä ei. Siinä valtiontaloudellisiin tavoitteisiin olisi ollut mahdollista yhdistää myös kansanterveyteen liittyviä tavoitteita, sillä makeisverolla on terveydellisiä vaikutuksia jotka todennäköisesti jakautuvat sosioekonomisen aseman mukaan.

6.2 Tulosten luotettavuudesta

Aineisto, 141 hallituksen esitystä, oli kooltaan melko suuri sen vuoksi, että halusin analyysin luotettavuuden ja tulosten yleistettävyyden lisäämiseksi (ks. Alasuutari 2001, 51) saada kuvan terveystalouden toimeenpanosta kokonaisen hallituskauden ajalta. Tutkimusaineistoon tai sen käsittelyyn ei liittynyt eettisiä ongelmia, sillä aineisto ei sisältänyt esimerkiksi yksilön suojan liittyviä tietoja, vaan se on julkinen ja kaikkien saatavissa.

Lukijalleen tutussakin kulttuurissa on kielenkäytön saarekkeita, jotka ovat merkityksiltään epäselviä. Kakkuri-Knuuttila ja Ylikoski (2011, 29) käyttävät näistä esimerkkeinä muun muassa politiikan ja verohallinnon dokumentteja. Tutkimuksen aineisto sisälsi minulle alun perin epäselviä lain valmisteluun ja verolainsäädäntöön liittyviä käsitteitä ja ilmaisuja. Aineiston lukeminen ja tulkinta edellyttivät tämän vuoksi paljon käsitteiden merkitysten selvittämistä, mutta on mahdollista, että tekemäni tulkinnat eroavat niiden alkuperäisestä merkityksestä. Pyrin kuitenkin tulkitsemaan tekstejä niiden alkuperäisessä kontekstissa, mutta terveystieteellisestä ja terveystalouden näkökulmasta.

Olen pyrkinyt kuvaamaan ja selostamaan tutkimuksen toteuttamista mahdollisimman tarkasti, jotta lukija voi seurata analyysin etenemistä, tekemiäni tulkintoja ja johtopäätöksiä ja arvioida niiden luotettavuutta. Aineiston luokittelu perustui terveyseroja ja terveyden determinantteja koskevaan, kirjallisuuskatsauksessa esitettyyn tietoon, ja sen kriteerit on kuvattu tutkimusmenetelmiä käsittelevässä luvussa. Joidenkin esitysten luokittelu oli vaikeampaa, ja luokittelin aineiston tämän sekä tämän vuoksi että sen suuren koon vuoksi kahteen kertaan. Toisella kerralla tekemääni luokitteluun ei tullut muutoksia ensimmäiseen luokittelukertaan verrattuna. Laadullisessa tutkimuksessa esitetyt tulkinnat ovat kuitenkin aina tutkijasta riippuvaisia, ja onkin mahdollista, että aineisto voitaisiin luokitella myös toisella tavalla. Luokittelu ei kuitenkaan vaikuttanut tutkimuksen keskeisimmän kysymyksen eli terveystalouden linjausten toimeenpanon tarkasteluun, vaan oli pikemminkin apuväline aineiston analyysissä.

Terveysvaikutusten tunnistaminen ja tehtyjen terveysvaikutusten ja terveyserovaikutusten arviointien määrän tarkastelu oli yksitulkintaisempaa. On kuitenkin mahdollista, että terveys- tai terveyserovaikutuksia tai terveyden determinantteihin kohdistuvia vaikutuksia on arvioitu myös sellaisten esitysten valmistelussa, joihin arviointia ei ole kirjattu. Päätöksentekijällä, tässä tapauksessa kansanedustajilla, tätä tietoa ei kuitenkaan ole käytettävissään, mikäli sitä ei ole kirjattuna esitykseen tai hän ei erikseen itse selvitä, onko terveysvaikutuksia esityksen valmistelussa arvioitu.

Osa kyseessä olevan hallituskauden ensimmäisenä vuonna annetuista esityksistä on todennäköisesti valmisteltu jo edellisen hallituksen aikana. Tämän vuoksi tarkastelin terveysvaikutusten arviointien määrää myös vuosittain. Ensimmäisen vuoden ja sitä seuraavien vuosien terveysvaikutusten määrässä ei kuitenkaan ollut sellaisia eroja, jotka olisivat muuttaneet tutkimuksen keskeisiä tuloksia. On myös huomioitava, että ministerillä tai hallituksella olisi ollut mahdollisuus palauttaa esitys sen aiempaan valmistelun vaiheeseen ja hallituksen Terveiden edistämisen politiikkaohjelman ja Kansallisen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman mukaisesti edellyttää sen terveysvaikutusten arviointia.

Tarkastelin aineistoa sekä laadullisesti että määrällisesti. Sisällönanalyysi, sisällön erittely ja argumenttien sisällön analyysi, tai pikemminkin argumenttien erittely, tuottivat aineistosta juuri sitä tietoa, jota tutkimuksen tavoitteena oli saada, ja niitä käyttämällä sain vastaukset tutkimuskysymyksiin. Laadullisessa tutkimuksessa yhtenä aineiston analyysin onnistumisen kriteerinä pidetään sitä, johtaako analyysi uusien ongelmien jäljille (Eskola & Suoranta 1998, 222–223). Tässä tutkielmassa tehdyn analyysin tulokset herättävät terveystalouden linjausten toimeenpanon esteisiin liittyviä kysymyksiä, joihin palaan seuraavassa alaluvussa.

Aineiston perusteella ei voida arvioida tehtyjen terveysvaikutusten arviointien laatua tai laajuutta, koska hallituksen esityksissä valmistelutyön tulokset ja johtopäätökset tulee esittää lyhyesti (Hallituksen esityksen laatimisohteet 2004, 7). Tuloksia ei voida yleistää koskemaan muita yhteiskuntapolitiikan aloja, vaan niiltä tarvitaan lisätutkimusta. Tutkimustulosten yleistettävyyttä rajoittaa se, että tutkimuksessa tarkastellaan vain yhden yhteiskuntapolitiikan lohkon esityksiä. Tulosten painoarvoa puolestaan lisää se, että aineisto kattaa ajallisesti kokonaisen hallituskauden.

Tutkimusaiheen valintaan vaikuttivat sekä omaksumani Terveys kaikissa politiikoissa -ajattelu että terveyserotutkimuksessa tehty havainnot suurista sosioekonomiseen asemaan liittyvistä terveyseroista ja niiden kasvusta maassamme. Pyrin tutkielmaa tehdessäni tarkastelemaan aineistoa mahdollisimman objektiivisesti. Objektiivisuutta rajoittavat kuitenkin aina tutkijan aikaisempi tieto ja tämän arvot, joiden läpi tieto suodattuu. Pyrin tämän vuoksi tiedostamaan ja pohtimaan oman taustani, vuosien työkokemuksen terveydenhoitajana sekä tasa-arvoon ja oikeudenmukaisuuteen liittyvien arvojeni, vaikutusta tekemiini valintoihin ja tulkintoihin. (ks. Hirsjärvi & Sajavaara 2009, 161; Tuomi & Sarajärvi 2009, 32, 135–136.) Vaikka pyrin tarkastelemaan aineistoa ilman ennako-oletuksia, oli taustalla kuitenkin esioletus (ks. Eskola & Suoranta 1998, 20) siitä, ettei terveysvaikutuksia olisi arvioitu kaikissa esityksissä.

6.3 Keskustelua tulosten pohjalta

Tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus ovat suomalaisessa yhteiskunnassa yleisesti, ainakin retoriikan tasolla, julkkilaututtuja arvoja. Sosioekonomisissa terveyseroissa on pohjimmiltaan kyse tasa-arvoisuudesta ja eriarvoisuuden sietämisestä ja hiljaisesta hyväksymisestä yhteiskunnassa. Terveyserojen kaventamisen ja väestön terveyden edistämisen kannalta on tärkeää, että yhteiskunnassa tilastoidaan, arvioidaan ja seurataan terveyden ja sen jakautumisen kannalta keskeisiä tekijöitä, ja että ne myös huomioidaan päätöksenteossa yli hallinnonalarajojen. Tuloksellinen terveyden edistäminen edellyttää tehokkaita köyhyyteen, syrjäytymiseen, eriarvoisuuteen ja tuloeroihin kohdistettuja yhteiskunnallisia toimia, joista yksi tärkeimmistä on veropolitiikka.

Sosiaalinen eriarvoistuminen on kuitenkin lisääntynyt maassamme, ja se on todettu olevan seurausta lähinnä vero- ja uudelleenjakopolitiikan heikentymisestä (Saari 2011a, 78; Verotuksen... 2010, 78). Yhteiskunnassa heikoimmassa asemassa olevien määrän lisääntyminen johtaa terveyserotutkimuksen perusteella myös väistämättä heikon terveyden lisääntymiseen, ellei terveyseronäkökulmaa oteta käytännön päätöksenteossa huomioon. Koska verotuksella on useita vaikutusreittejä terveyden determinantteihin ja niiden välityksellä väestön terveyteen ja sen jakautumiseen, tulisi sitä suunniteltaessa kyetä löytämään kompromissi, jossa huomioitaisiin sekä korkeiden tuloverojen vaikutus työllisyyteen, että välillisen verotuksen vaikutukset erityisesti pienituloisimpien kulutukseen ja toimeentuloon. Verotuksen vaikutus terveyden determinantteihin on suuri ja edellyttää sen vuoksi pitkäjänteistä ja kauaskatseista verotuksen suunnittelua, jotta terveyseroihin liittyviä yhteiskunnallisia ja inhimillisiä kustannuksia voitaisiin vähentää tai ainakin niiden kasvua estää.

Terveyteen välittömämmin vaikuttaviin tekijöihin, kuten elintapoihin, on helpompi vaikuttaa lyhyellä aikavälillä, ja muutokset niissä ovat helpommin havaittavia ja tutkittavia. Rakenteellisiin tekijöihin suunnatut toimet puolestaan vaikuttavat terveyteen ja terveyseroihin pitemmällä aikavälillä. Vaikka niiden vaikutus elinolosuhteiden ja -tapojen muokkaajina voi olla suurempi, on niiden osuuden arviointi vaikeampaa, sillä

yhteiskunnassa on menossa aina myös muita samanaikaisia ja hitaampia muutostrendejä. Tämä saattaa olla yksi syy siihen, miksi päättäjät ja esitysten valmisteluun osallistuneet ovat kokeneet helpommaksi tarttua näihin ”vähemmän kiusallisiin” tekijöihin, kuin niiden taustalla vaikuttaviin rakenteellisiin syihin. Saattaa myös olla, että vastuu elintavoista voidaan helpommin sysätä yksilöille, kun taas rakenteellisiin tekijöihin voidaan vaikuttaa vain politiikan keinoilla. Tämä tarkoittaa sitä, että vastuu näistä muutoksista on nimenomaan demokraattisesti valituilla poliittisilla päättäjillä.

Jos väestön terveyttä pidetään kansallisen menestyksen kilpailutekijänä ja yhteiskunnan kehityksen kannalta keskeisenä (Terveyden edistäminen 2007, 1), tulee sen näkyä päätöksenteon lisäksi myös päätösten toimeenpanossa. Väestön terveys on yhteiskunnan voimavara, joka lisää tuottavuutta, pidentää työuria ja vähentää suuria ja jatkuvasti kasvavia sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia. Se voitaisiin tämän vuoksi nähdä muiden arvojensa lisäksi myös taloudellisena resurssina ja terveyden edistäminen tuottavana sijoituksena tulevaisuuteen. Päätösten terveysvaikutusten sivuuttaminen saattaa aiheuttaa myöhemmin enemmän kustannuksia, kuin niiden huomioiminen jo päätöksenteon valmistelussa. (ks. myös Kemm 2006, 194, 196.) Tässä saattaa olla apuna myös terveysvaikutusten taloudellisten seurausten arvioiminen (Lee, Röbbel & Dora 2013, 27). Terveysvaikutusten arvioinnin vakiintumisen kannalta olisi tärkeää, ettei sitä koettaisi lainvalmisteluprosessia hidastavana ja hankaloittavana ylimääräisenä tekijänä, vaan apuvälineenä, jonka avulla voidaan edistää monien hallinnonalojen tavoitteita ja johdonmukaista päätöksentekoa.

Oikeusministeriö on antanut säädösehdotusten vaikutusten arvioinnista ohjeet (Säädösehdotusten..., 2007) vuonna 2007, mutta jo kaksi vuotta myöhemmin on tunnustettu useita kehittämistarpeita tiedon käyttämisessä sekä ennako- että jälkikäteisarvioinnin osalta poliittisessa päätöksenteossa. (Politiikkatoimien... 2009.) On myös esitetty kysymys, onko lakiesitysten valmistelussa ylipäättään arvioitu terveysvaikutuksia. (Rotko ym. 2011, 91). Jos päätöksentekijöillä on käytettävissään vain abstraktille tasolle jääviä ja usein epämääräisiä viittauksia terveyteen tai terveysvaikutuksiin, on niitä vaikea ottaa huomioon päätöksenteossa. Saaren (2011b, 302–305) mukaan tieteellistä näyttöä onkin hyödynnetty yhteiskuntapoliittisessa päätöksenteossa maassamme lähinnä silloin, kun se ei ole ollut ristiriidassa

rakennepoliittisten intressien tai poliittisten visioiden kanssa. Terveyspolitiikan toimeenpanon ongelma on tunnistettu jo vuonna 2000 (Sihto & Keskimäki 2000). Tästä huolimatta juuri toimeenpanoa on pidetty Terveys kaikissa politiikoissa -strategiaan liittyvien toimien, kuten terveysvaikutusten arvioinnin sekä politiikkaohjelmien keskeisenä ongelmana edelleen 2010-luvulla (Koivusalo 2010; Puska & Ståhl 2010).

Terveys ja terveyserojen kaventaminen korostuvat hallituskaudella 2007–2010 kaikissa hallituksen terveyspolitiikan linjauksia koskevissa keskeisissä asiakirjoissa, mutta tämän tutkimuksen tulosten valossa ei niiden toimeenpano päätösten terveysvaikutusten arvioinnin osalta juuri toteudu. Hallitusohjelman (Pääministeri... 2007, 14) veropoliittiset linjaukset ovat osittain olleet terveyseroja ja verotusta koskevan tiedon perusteella alun perinkin ristiriidassa keskenään. Veropolitiikan tavoitteeksi on asetettu työllisyyden ja tuottavuuden lisääminen sekä talouskasvun tulosten tasainen jakautuminen yhteiskunnassa, mutta sen painopisteesi tuloverotuksen, pienten osinkotulojen ja perintöveron keventäminen. Silloinkin, kun lakimuutosten taustalla ovat makrotaloudellisen sääntelyn pakottavat tarpeet tai esimerkiksi EU:n pakottava lainsäädäntö ja EU-tuomioistuimen päätökset, on esitysten vaikutuksia väestön tai sen alaryhmien terveyteen tärkeää arvioida, sillä terveydelle haitallisia vaikutuksia on usein mahdollista kompensoida tai lievittää muilla julkisen vallan toimilla

Tulokset herättävät hallituskauden 2007–2010 hallitusohjelman ja terveyspoliittisten linjausten valossa kysymyksen siitä, miksi hallitus, joka on tavoitteiden ja ohjelmien tasolla ollut erityisen sitoutunut terveyserojen kaventamiseen, ei kuitenkaan ole toimeenpannut omia linjauksiaan. Terveyspolitiikan linjausten noudattaminen käytännön toiminnassa kertoo sekä hallitusohjelmaan sitoutumisesta että poliitikkojen arvoista. Ne arvot, joiden halutaan näkyvän, näkyvät retoriikassa. Todelliset arvot tulevat esille käytännön toiminnassa. Tulosten perusteella näyttää siltä, että päätöksenteon valmistelussa on toteutunut pikemminkin ”talous kaikissa politiikoissa” -ajattelu.

Tutkimus tuotti tietoa terveyspolitiikan toimeenpanosta ja sen tuloksia voidaan hyödyntää terveyspolitiikan kehittämisessä. Tulosten perusteella jatkotutkimusta tarvittaisiin niistä syistä, joiden vuoksi kyseessä olevalla hallituskaudella vahvasti politiikan agendalle nostettua asiaa ei ole käytännössä toimeenpantua. Vastuu terveyden

edistämisen toimintaohjelman koordinoimisesta on asetettu sosiaali- ja terveysministeriölle. Onko ministeriöiden tai muiden toimijoiden yhteistyössä ollut resursseihin, toimintatapoihin tai asenteisiin liittyviä esteitä tai ongelmia? Lisää tietoa tarvitaan myös sitä, kuinka terveyserojen kaventamisen linjausta on toteutettu hallituksen muissa politiikoissa, kuten esimerkiksi kaavoitus- ja asunto- tai koulutuspolitiikassa. Jatkotutkimuksessa olisi tärkeää selvittää, mitkä tekijät ovat olleet terveyspolitiikan linjausten, tässä tapauksessa terveys- ja terveyserovaikutusten arviointien toimeenpanon esteenä. Yhteistyön ja toimeenpanon esteiden tunnistaminen auttaisi kehittämään vaikuttavampia toimintastrategioita terveyden edistämiseen kaikessa yhteiskuntapolitiikassa ja siten kaventamaan terveyseroja ja edistämään kansanterveyttä.

LÄHTEET

Airio, I. & Niemelä, M. 2004. Turvaako työ köyhyydeltä? Tutkimus työssä olevien köyhyydestä vuosina 1995 ja 2000. *Janus* 12, 64–79.

Aittomäki, A., Martikainen, P., Laaksonen, M., Lahelma, E. & Rahkonen, O. 2010. The associations of household wealth and income with self-rated health - A study on economic advantage in middle-aged Finnish men and women. *Social Science & Medicine* 71, 1018–1026.

Alasuutari, P. 2001. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

Alen, M. & Rauramaa, R. 2012. Liikunnan vaikutukset elinjärjestelmittain. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.) *Liikuntalääketiede*. 3.–5. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 30–54.

Arno, P. S., Sohler, N., Viola, D. & Schechter, C. 2009. Bringing health and social policy together. *Journal of Public Health Policy* 30, 198–207.

Bambra, C., Gibson, M., Sowdwn, A., Wright, K., Whitehead, M. & Pettigrew, M. 2010. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health* 64, 284–291.

Bartley, M., Ferrie, J. & Montgomery, S. M. 2006. Health and labour market disadvantage: unemployment, non-employment and job insecurity. Teoksessa Marmot, M. & Wilkinson, R. (toim.) *Social Determinants of Health*. 2. painos. Oxford: Oxford University Press, 78–96.

Baum, F. & Fisher, M. 2010. Health equity and sustainability: extending the work of the Commission on the Social Determinants of Health. *Critical Public Health* 20; 311–322.

Bauman, Zygmunt. 2005. *Work, Consumerism and the New Poor*. Second edition. Maidenhead: Open University Press.

Beaujot, R. & Liu, J. 2002. Children, Social Assistance and Outcomes: Cross National Comparisons. Luxembourg Income Study Working Paper Series Working Paper No. 304. Tulostettu 25.4.2012 <http://www.lisproject.org/publications/liswps/304.pdf>

Berkman, L. F. 2011. Unintended consequences of social and economic policies for population health: towards a more intentional approach. Editorial. *European Journal of Public Health* 21, 547–548.

Blas, E., Gilson, L., Kelly, M. P., Labonté, R., Lapitan, J., Muntaner, C., Östlin, P., Popay, J., Sadana, R., Sen, G., Schrecker, T. & Vaghri, Z. 2008. Addressing social determinants of health inequities: what can the state and civil society do? *The Lancet* 372, 1684–1689.

Burris, S., Kawachi, I. & Sarat, A. 2002. Integrating law and social epidemiology. *Journal of Law, Medicine & Ethics* 30, 510–521.

Carlisle, S., Hanlon, P. & Hannah, M. 2008. Status, taste and distinction in consumer culture: acknowledging the symbolic dimensions of inequality. *Public Health* 122, 631–637.

Cavill, N., Kahlmeier, S. & Racioppi, F. (toim.) 2006. Physical activity and health in Europe: evidence for action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Chaloupka, F. J., Straif, K. & Leon, M. E. 2011. Effectiveness of tax and price policies in tobacco control. *Tobacco Control* 20, 235–238.

Chan, T. W. 2010. Conclusion. Teoksessa Chan, T. W. (toim.) *Social Status and Cultural Consumption*. Cambridge: Cambridge University Press, 232–251.

Chinn, D. J., White, M., Harland, J., Drinkwater, C. & Raybould, S. 1999. Barriers to physical activity and socioeconomic position: implications for health promotion. *Social Journal of Epidemiology and Community Health* 53, 191–192.

Closing the gap: Policy into practice on social determinants of health: discussion paper. 2011. World Health Organisation. Viitattu 12.4.2012
<http://www.who.int/sdhconference/Discussion-Paper-EN.pdf>

CSDH 2008. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.

Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O. R. F. & Barnekow, V. 2012. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009 / 2010 survey. *Health Policy for Children and Adolescents* No. 6. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Tulostettu 10.4.2013.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf

Cyupers, K., Krokstad, S., Holmen, T.L., Knudtsen, M.S., Bygren, L.O. & Holmen, J. 2012. Patterns of receptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: the HUNT study, Norway. *Journal of Epidemiology and Community Health* 66, 698–703.

Dahl, E., Elstad, J., Hofoss, D. & Martin-Mollard, M. 2006. For whom is income inequality most harmful? A multi-level analysis of income inequality and mortality in Norway. *Social Science & Medicine* 63, 2562–2574.

Dow, W. H., Schoeni, R. F., Adler, N. E. & Stewart, J. 2010. Evaluating evidence base: Policies and interventions to address socioeconomic status gradients in health. *Annals of The New York Academy of Sciences* 1186, 240–251.

Eduskunta. 2012. Tulostettu 28.5.2012
<http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/vexhaku.sh?lyh=HE>

Eerola, E. & Rauhanen, T. 2009. Arvonlisäverotus kokonaistarkasteluun. Teoksessa Eerola, E., Kari, S. & Pehkonen, J. (toim.) Verotuksen ja sosiaaliturvan uudistaminen – miksi ja mihin suuntaan? VATT JULKAISUT 54. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, 193–220.

Elder, R. W., Lawrence, B., Ferguson, A., Naimi, T. S., Brewer, R. D., Chattopadhyay, S. K., Toomey, T. L. & Fielding, J. E. 2010. The Effectiveness of Tax Policy Interventions for Reducing Excessive Alcohol Consumption and Related Harms. *American Journal of Preventive Medicine* 38, 217–229.

Emerson, E. 2009. Relative Child Poverty, Income Inequality, Wealth, and Health. *Commentaries. Journal of American Medical Association* 301, 425–426.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Toinen korjattu laitos. Tampere: Vastapaino

Fritzell, J., Nermo, M. & Lundberg, O. 2004. The impact of income: assessing the relationship between income and health in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health* 32, 6–16.

Gothenburg Consensus Paper: Health Impact Assessment: Main concepts and Suggested Approach. WHO Regional Office for Europe. Brussels:European Centre for Health Policy 1999.

Graham, H. 2000. The challenge of health inequalities. Teoksessa Graham, H. (toim.) *Understanding health inequalities*. Berkshire: Open University Press, 3–21.

Hakovirta, M. & Rantalaiho, M. 2011. Lapsuudentutkimuksen näkökulma taloudelliseen eriarvoisuuteen. *Janus* 19, 342–357.

Hallituksen esitysten laatimisohteet. 2004. Oikeusministeriön julkaisu 2004:4. Helsinki: OIKEUSMINISTERIÖ – EDITA.

Hall, P. A. & Taylor, R. CR. 2009. Health, Social Relations and Public Policy. Teoksessa Hall, P. A., Lamont, M. (toim.) *Successful Societies. How Institutions and Culture Affect Health*. New York: Cambridge University Press, 82–103.

Helakorpi, S., Holstila, A-L., Virtanen, S. & Uutela, A. 2012. Suomalaisen aikuisväestön terveystilanne ja terveys, kevät 2011. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 45 / 2012*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Herttua, K., Mäkelä, P. & Martikainen, P. 2008. Changes in Alcohol-Related Mortality and It's Socioeconomic Differences After a Large Reduction in Alcohol Prices: A Natural Experiment Based on Register Data. *American Journal of Epidemiology* 168, 1110–1118.

Hertzman, C. & Siddiqi, A. 2009. Population Health and the Dynamics of Collective Development. Teoksessa Hall, P. A., Lamont, M. (toim.) *Successful Societies. How Institutions and Culture Affect Health*. New York: Cambridge University Press, 23–52.

Hiilamo, H. & Kangas, O. 2012. Väärien profeettojen jäljillä? Kahdeksan erää tuloerojen vaarallisuudesta. *Yhteiskuntapolitiikka* 77, 121–133.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uusittu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Husa, J. & Pohjolainen, T. 2008. Julkisen vallan oikeudelliset perusteet. Johdatus julkisoikeuteen. Toinen, uudistettu painos. Helsinki: Talentum.

Hyypä, M.T., Mäki, J., Impivaara, O. & Aromaa, A. 2005. Leisure participation predicts survival: a population-based study in Finland. *Health Promotion International* 21, 5–12.

Idler, E. L. & Benyamini, Y. 1997. Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behaviour*. 38, 21–37.

Jauho, M. 2013. Terveysthuollon ammattiryhmien terveystoimittiset näkemykset. Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorekoski, L. & Leppo, K. (toim.) *Terveystoimittien perusta ja käytännöt*. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 357–371.

Jensen, J. & Smed, S. 2007. Cost-effective economic instruments in nutrition policy. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 4, 10. Tulostettu 17.2. 2012 <http://www.ijbnpa.org/content/pdf/1479-5868-4-10.pdf>

Johansson, S.E., Konlaan, B.B. & Bygren L.O. 2001. Sustaining habits of attending cultural events and maintenance of health: a longitudinal study. *Health Promotion International* 16, 229–234.

Kakkuri-Knuuttila, M-L. & Ylikoski, P. 1998. Merkitys ja tulkinta. Teoksessa Kakkuri-Knuuttila, M. (toim.) *Argumentti ja kritiikki*. 8. painos. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 24–33.

Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. Helsinki.

Kauppinen, T. & Ståhl, T. 2009. Säädosvaikutusten arvioinnin laatu – esimerkkinä ihmisiin kohdistuvat vaikutukset hallituksen esityksissä. *Oikeus* 38, 188–196.

Kawachi, I., Subramanian, S. V. & Almeida-Filho, N. 2002. A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health* 56, 647–652.

Keating, D. P. 2009. Social Interactions in Human Development. Pathways to Health and Capabilities. Teoksessa Hall, P. A., Lamont, M. (toim.) *Successful Societies. How Institutions and Culture Affect Health*. New York: Cambridge University Press, 53–81.

Kemm, J. & Parry, J. 2004. What is HIA? Introduction and overview. Teoksessa Kemm, J., Parry, J. & Palmer, S. (toim.) *Health Impact Assessment*. New York: Oxford University Press, 1–13.

Kemm, J. 2006. Health impact assessment and Health in All Policies. Teoksessa Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E. & Leppo, K. (toim.) Health in All Policies. Prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social affairs and Health, 189–207.

Kestilä, L. & Rahkonen, O. 2011. Lapsuuden elinolot ja aikuisuuden terveys. Teoksessa Laaksonen, M. & Silventoinen, K. (toim.) Sosiaaliepideologia. Helsinki: Gaudeamus, 226–243.

Kiander, J. 2009. Verotulojen tarve tulevaisuudessa. Teoksessa Alaja, A. (toim.) Oikeudenmukainen verotus – mistä rahat yhteiseen hyvinvointiin? Kalevi Sorsa -säätiön julkaisuja 2 / 2009. Jyväskylä: WS Bookwell Oy, 9–27.

Kiander, J. & Lönnqvist, H. 2002. Hyvinvointivaltio, sosiaalipolitiikka ja taloudellinen kasvu. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:20. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Koivusalo, M. 2010. The state of Health in All Policies (HiAP) in the European Union: potential and pitfalls. Journal of Epidemiology & Community Health 64, 500–503.

Koivusilta, L. 2011. Terveyskäyttäytyminen. Teoksessa Laaksonen, M. & Silventoinen, K. (toim.) Sosiaaliepideologia. Helsinki: Gaudeamus, 123–141.

Konlaan, B.B., Bygren, L.O. & Johansson, S. 2000. Visiting cinema, concerts, museums or art exhibitions as a determinant of survival: a Swedish fourteen-year cohort follow-up. Scandinavian Journal of Public Health 28, 174–178.

Konlaan, B.B., Theobald, H. & Bygren, L-O. 2002. Leisure time activity as a determinant of survival: a 26-year follow-up of a Swedish cohort. Public Health 116, 227–230.

Korkman, S. 2009. Globalisaatio ja verotus. Teoksessa Korkman, S., Lassila, J., Määttänen, N. & Valkonen, T. Kohti parempaa verotusta –eväitä verokeskusteluun. Helsinki: Elinkeinoelämän tutkimuslaitos ETLA, 13–42.

Koskenvuo, K. 2010. Lapsuudentapahtumat, terveys ja elämäntyytyväisyys. Teoksessa Hämäläinen, U. & Kangas, O. (toim.) Perhepiirissä. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 294–318.

Koskinen, S., Sihto, M., Keskimäki, I. & Lahelma, E. 2002. Terveyserojen kaventaminen yhteiskuntapolitiikan keinoin. Teoksessa Kangas, I., Keskimäki, I., Koskinen, S., Manderbacka, K., Lahelma, E., Prättälä, R. & Sihto, M. (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita, 45–64.

Koskinen, S. 2006. Sosioekonomiset terveyserot - Suomen kansanterveyden keskeinen ongelma. Kansanterveys no.1, 7–9.

Koskinen, S. & Puska, P. 2009. From social determinants to reducing health inequalities. International Journal of Public Health 54, 53–54.

Koskinen, S. & Martelin, T. 2013. Suomalaisten terveys, toimintakyky ja terveyserot. Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 56–67.

Kotakorpi, K., Härkänen, T., Pietinen, P., Reinivuo, H., Suoniemi, I. & Pirttilä, J. 2011. Terveysperusteisen elintarvikeverotuksen vaikutukset kansalaisten terveydentilaan ja terveyseroihin. THL-raportti 7 / 2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Krippendorff, K. 2004. Content Analysis. An Introduction to Its Methodology. Second Edition. Thousand Oaks: Sage Publications.

Lahelma, E., Martikainen, P., Laaksonen, M. & Aittomäki, A. 2004. Pathways between socioeconomic determinants of health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 58, 327–332.

Lahelma, E., Rahkonen, O., Koskinen, S. Martelin, T. & Palosuo, H. 2007. Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Teoksessa Palosuo, H. Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Takala, K., Hyvönen, E. ja Linnanmäki, E. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2007:23, 25–41.

Lahelma, E., Laaksonen, M. & Aittomäki, A. 2009. Occupational class inequalities in health across employment sectors: the contribution of working conditions. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 82, 155–190.

Lahelma, E. & Rahkonen, O. 2011. Sosioekonominen asema. Teoksessa Laaksonen, M. & Silventoinen, K. (toim.) Sosiaaliepideologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Helsinki: Gaudeamus, 41–59.

Laki valtioneuvostosta. Viitattu 24.4.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030175#L1P2>

Lassila, J. 2009. Työn ja kulutuksen verotuksesta. Teoksessa Korkman, S., Lassila, J., Määttänen, N. & Valkonen, T. Kohti parempaa verotusta –eväitä verokeskusteluun. Helsinki: Elinkeinoelämän tutkimuslaitos ETLA, 44–56.

Lee, J. H., Röbbel, N. & Dora, C. 2013. Cross-country analysis of the institutionalization of Health Impact Assessment. *Social Determinants of Health Discussion Paper Series 8 (Policy & Practice)*. Geneva: World Health Association.

Lehto, J. 2004. The contribution of the social sciences to HIA. Teoksessa Kemm, J., Parry, J. & Palmer, S. (toim.) *Health Impact Assessment*. New York: Oxford University Press, 53–59.

Leppo, K. 2009. Tutkimustiedosta ja terveystalitiikasta. *Sosiaaliläketieteellinen aikakausilehti* 46, 124–130.

Louhivuori, J., Siljander, E., Luoma, M. & Johnson, J. 2012. Seniorikuorolaulajien sosioekonominen tausta, koettu hyvinvointi ja terveys. *Yhteiskuntapolitiikka* 77, 446–453.

Lundberg, O., Fritzell, J., Åberg Yngwe, M. & Kölegård M. L. 2010. The potential power of social policy programmes: income redistribution, economic resources and health. *International Journal of Social Welfare* 19 Supplement, 2–13.

Luoto, R., Paronen, O. & Andersson, A. 2008. Tamperelaisten nuorten ja nuorten aikuisten koettu terveys vuosina 1990–2005. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 45, 136–145.

Lynch, J. & Kaplan, G. 2000. Socioeconomic Position. Teoksessa Berkman, L. F. & Kawachi, I. (toim.) *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 13–35.

Lynch, J. W., Smith, G. D., Kaplan, G. A. & House, J. S. 2000. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *British Medical Journal* 320, 1200–1204.

Macintyre, S., Chalmers, I., Horton, R. & Smith, R. 2001. Using evidence to inform health policy. case study. *British Medical Journal* 322, 222–225.

Mackenbach, J. & Bakker, M. 2002. Glossary. Teoksessa Mackenbach, J. & Bakker, M. (toim.) *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*. London: Routledge, 345–347.

Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A.-J. R., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M. & Kunst, A. E. 2008. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *The New England Journal of Medicine* 358, 2468–2481.

Mackenbach, J. P., Meerdink, W. J., Kunst, A. E. 2011. Economic costs of health inequalities in the European Union. *The Journal of Epidemiology and Community Health* 65, 412–419.

Maggi, S., Irwin, L. J., Siddiqi, A. & Hertzman, C. 2010. The social determinants of early child development: An overview. *Journal of Paediatrics and Child Health* 46, 627–635.

Manderbacka, K., Lahelma, E. & Martikainen, P. 1998. Examining the continuity of self-rated health. *International Journal of Epidemiology* 27, 208–203.

Marmot, M. 2006. Introduction. Teoksessa Marmot, M. & Wilkinson, R. G. (toim.) *Social Determinants of Health*. 2. painos. Oxford: Oxford University Press, 1–5.

Marmot, M., Siegrist, J. & Theorell, T. 2006. Health and the psychosocial environment at work. Teoksessa Marmot, M. & Wilkinson, R. G. (toim.) *Social Determinants of Health*. 2. painos. Oxford: Oxford University Press, 97–130.

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. J. & Taylor, S. 2008. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet* 372, 1661–1669.

Martikainen, P. & Mäki, N. 2011. Työttömyys. Teoksessa Laaksonen, M. & Silventoinen, K. (toim.) *Sosiaaliepideemiologia*. Helsinki: Gaudeamus, 90–105.

Melkas, T. 2013. Terveys kaikissa politiikoissa -periaate Suomen terveystaloudessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 78, 181–196.

Metcalf, O. & Higgins, C. 2009. Healthy public policy – is health impact assessment a cornerstone? *Public Health* 123, 296–301.

Miksi hyvinvointi- ja terveyseroja pitää kaventaa? Viitattu 10.6.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/miksi-eroja-on-kavennettava

Milton, B., Moonan, M., Taylor-Robinson, D. & Whitehead, M. (toim.) 2011. How can the health equity impact of universal policies be evaluated? Insights into approaches and next steps. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, University of Liverpool. WHO Regional office for Europe. Tulostettu 26.1.2012. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/155062/E95912.pdf

Mindell, J. & Joffe, M. 2003. Health impact assessment in relation to other forms of impact assessment. *Journal of Public Health Medicine* 25, 107–113.

Mirrlees, J., Adam, S., Besley, T., Blundell, R., Bond, S., Chote, R., Gammie, M., Johnson, P., Myles, G. & Poterba, J. 2011. The Mirrlees Review: Conclusions and Recommendations for Reform. *Fiscal Studies* 32, 331–359.

Munro, J. 2006. Health inequalities 25 years after Black. Guest editorial. *Public Health* 120, 187–188.

Murty, S., Franzini, L., Low, M.D. & Swint, M.J. 2009. Policies / Programs for Reducing Health Inequalities by Tackling Nonmedical Determinants of Health in the United Kingdom. *Social Science Quarterly*. 90, 1409.

Mäkelä, P. & Österberg, E. 2009. Weakening of one more alcohol control pillar: a review of the effects of the alcohol tax cuts in Finland in 2004. *Addiction* 104, 554–564.

Mäkinen, T. 2010. Trends and Explanations for Socioeconomic Differences in Physical Activity. Research 41. Helsinki: National Institute for Health and Welfare.

Niemelä, M. & Raijas, A. 2010. Lapsiperheiden kulutus ja perheen sisäinen päätöksenteko. Teoksessa Hämäläinen, U. & Kangas, O. (toim.) *Perhepiirissä*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 118–143.

Nnoaham, K. E., Sacks, G., Rayner, M., Mytton, O. & Gray, A. 2009. Modelling income group differences in the health and economic impacts of targeted food taxes and subsidies. *International Journal of Epidemiology* 38, 1324–1333.

Nordström, J. & Thunström, L. 2011. Can targeted food taxes and subsidies improve the diet? Distributional effects among income groups. *Food Policy* 36, 259–271.

Nori, H. 2011. Keille yliopiston portit avautuvat? Tutkimus suomalaisiin yliopistoihin ja eri tieteenaloille valikoitumisesta 2000-luvun alussa. Turun yliopisto. Väitöskirja. <https://www.doria.fi/handle/10024/67040>

Oikeusministeriö. 2013. Sujuvampaa lainsäädäntöä. Lainvalmistelun prosessiopas. Viitattu 9.4.2013. <http://lainvalmistelu.finlex.fi/>

Ojala, K., Tynjälä, J. & Välimaa, R. 2012. Kansainvälinen WHO-Koululaistutkimus osoittaa: Suomalaisnuorten terveyserot kasvussa. Tulostettu 15.4.2013. <https://www.jyu.fi/ajankohtaista/arkisto/2012/05/tiedote-2012-05-02-10-24-04-417758>

Ollila, E. 2011. Health in All Policies: From rhetoric to action. *Scandinavian Journal of Public Health* 39, Supplement 6, 11–18.

Orton, M. & Davies, R. 2009. Exploring Neglected Dimensions of Social Policy: The SDW, Fiscal Welfare and the Exemplar of Local Taxation in England. *Social Policy and Administration* 43, 33–53.

Palosuo, H., Sihto, M., Keskimäki, I., Koskinen, S., Lahelma, E., Manderbacka, K. & Prättälä, R. 2004. Eriarvoisuus ja terveyspolitiikka. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004: 12. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Palosuo, H. & Lahelma, E. 2013. Terveiden sosiaaliset määrittäjät. Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 39–55.

Parry J. & Scully E. 2003. Health impact assessment and the consideration of health inequalities. *Journal of Public Health Medicine* 25, 243–245.

Patra, J., Giesbrecht, N., Rehm, J., Bekmuradov, D. & Popova, S. 2012. Are alcohol prices and taxes an evidence-based approach to reducing alcohol-related harm and promoting public health and safety? A literature review. *Contemporary Drug Problems* 39/ Spring 2012, 7–48.

Pettersson, B. 2010. Health in All Policies across jurisdictions – a snapshot from Sweden. *Public Health Pulletin SA. Adelaide 2010 International Meeting* 7 (2), 17–20.

Pirttilä, J. 2009. Mirrlees review ja Suomen verojärjestelmä. Teoksessa Eerola, E., Kari, S. & Pehkonen, J. (toim.) Verotuksen ja sosiaaliturvan uudistaminen – miksi ja mihin suuntaan? VATT JULKAISUT 54. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, 139–166.

Pirttilä, J. & Tuomala, M. 2009. Suomen verojärjestelmän uudistamisesta. Teoksessa: Alaja, A. (toim.). Oikeudenmukainen verotus – mistä rahat yhteiseen hyvinvointiin? Kalevi Sorsa -säätiön julkaisuja 2 / 2009. Jyväskylä: WS Bookwell Oy, 29–58.

Politiikkatoimien vaikuttavuusarvioinnin kehittäminen. – Kuinka parantaa tiedonkäyttöä poliittisessa päätöksenteossa. 2009. Valtioneuvoston kanslian raporttisarja 6 / 2009. Tulostettu 19.9.2012. <http://vnk.fi/julkaisukansio/2009/r06-vaikuttavuusarvioinnin-kehittaminen/pdf/fi.pdf>

Popay, J., Whitehead, M. & Hunter, D. J. 2010. Injustice is killing people on a large scale – but what is to be done about it? Editorial. *Journal of Public Health* 32, 148–149.

Power, C. & Kuh, D. 2006. Life course development of unequal health. Teoksessa Siegrist, J. & Marmot, M. (toim.) *Social inequalities in health. New evidence and policy implications*. Oxford: Oxford University Press, 27–53.

Prasad, N. 2008. Policies for redistribution: The use of taxes and social transfers. Discussion paper. International Institute for Labour Studies DP/ 194/ 2008. Geneva: International Labour Organisation. Tulostettu 12.8.2013 http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---inst/documents/publication/wcms_193159.pdf

Puro, K. 1974. Terveyspolitiikan perusteet. 2. painos. Helsinki: KK:n kirjapaino.

Puska, P. 2010. Kroonisten kansantautien ehkäisy 2010-luvulla. – Mitä olemme oppineet neljän vuosikymmenen aikana? Teoksessa Ståhl, T. & Rimpelä, A. (toim.) *Terveiden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 55–66.

Puska, P. & Ståhl, T. 2010. Health in All Policies - The Finnish Initiative: Background, Principles, and Current Issues. *Annual Review of Public Health* 31, 315–328.

Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma. 2007. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.

Quigley, R. J. & Taylor, L. C. 2003. Evaluation as a key part of health impact assessment: the English experience. *Bulletin of the World Health Organisation* 81, 415–419.

Remler, D. K. 2004. Poor Smokers, Poor Quitters, and Cigarette Tax Regressivity. *American Journal of Public Health* 94, 225–229.

Riihelä, M., Sullström, R. & Tuomala, M. 2010. Trends in top income shares in Finland in 1966–2007. Government Institute for Economic Research. Research Reports 157.

Ritsatakis, A., Barnes, R., Douglas, M. & Scott-Samuel, A. 2002. Health impact assessment. An approach to promote intersectoral policies to reduce socioeconomic inequalities in health. Teoksessa Mackenbach, J. & Bakker, M. (toim.) *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*. London: Routledge, 287–299.

Roscam Abbing, E.W. 2004. HIA and national policy in the Netherlands. Teoksessa Kemm, J., Parry, J. & Palmer, S. (toim.) *Health Impact Assessment*. Oxford: Oxford University Press, 177–189.

Rotko, T., Sihto, M. & Palosuo, H. 2008. Katsaus terveysvaikutusten arviointiin terveyserojen näkökulmasta. Työpapereita Stakes no 24. Helsinki. Tulostettu 24.9.2009 <http://helios.uta.fi:2217/verkkajulkaisut/tyopaperit/t24-2008-verkko.pdf>

Rotko, T., Aho, T., Mustonen, M. & Linnanmäki, E. 2011. Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007–2010. Raportti 8 / 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

Saari, J. 2011a. Eriarvoisuus kasvun ja työllisyyden Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka 76, 76–84.

Saari, J. 2011b. Tulevaisuuden hyvinvointivaltio ja pienten askelten politiikka. Teoksessa Niemelä, M. & Saari, J. (toim.). Poliitiikan polut ja hyvinvointivaltion muutos. Tampere: Juvenes Print - Tampereen yliopistopaino Oy, 298–327.

Sarlio-Lähteenkorva, S. & Prättälä, R. 2012. Voidaanko ravitsemuspolitiikalla kaventaa väestön ravitsemuksen sosioekonomisia eroja? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 49, 180–188.

Savikuja, J. 2005. Johdatus yhteiskuntapolitiikkaan. 3. uudistettu painos. Yhteiskuntapolitiikan tutkimuksia n:o 12. Joensuu: Joensuun yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitos.

Siegrist, J. & Marmot, M. 2006. Introduction. Teoksessa Siegrist, J. & Marmot, M. (toim.) Social inequalities in health. New evidence and policy implications. Oxford: Oxford University Press, 1–25.

Sihto, M. 2013. Terveyspolitiikka, kansanterveys ja terveyden edistäminen –käsitteitä ja kehityskulkuja. Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 14–38.

Sihto, M. & Keskimäki, I. 2000. Does a policy matter? Assessing the Finnish health policy in relation to its equity goals. Critical Public Health 10, 273–286.

Sihto, M., Kangas, I., Keskimäki, I., Koskinen, S., Lahelma, E., Manderbacka, K. ja Prättälä, R. 2002. Terveyserojen kaventamiskeinot käyttöön. Teoksessa Kangas, I., Keskimäki, I., Koskinen, S., Manderbacka, K., Lahelma, E., Prättälä, R. & Sihto, M. (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita, 325–330.

Sihto, M., Ollila, E. & Koivusalo M. 2006. Principles and challenges of Health in All Policies. Teoksessa Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E. & Leppo, K. (toim.) Health in All Policies. Prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social affairs and Health, 3–5.

Sihto, M., Palosuo, H. & Linnanmäki E. 2007. Sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen ongelmia ja mahdollisuuksia Suomessa. Teoksessa Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Takala, K., Hyvönen, E. ja Linnanmäki, E. Terveiden eriarvoisuus Suomessa.

Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2007:23, 197–218.

Sihto, M. & Palosuo, H. 2013. Terveyserot terveystaloudellisenä kysymyksenä. Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) Terveystalouden perusta ja käytännöt. Helsinki: Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos, 223–239.

Smed, S., Jensen, J. D. & Denver, S. 2007. Socio-economic characteristics and the effect of taxation as a health policy instrument. *Food Policy* 32, 624–639.

Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006: 4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 25.4.2013. <http://pre20090115.stm.fi/hm1157622687947/passthru.pdf>

Suomen 1990-luvun terveyden edistämisen politiikan kansainvälinen arviointi ja kehittämisehdotukset. 2002. Maailman terveysjärjestön (WHO) asiantuntijaryhmän arviointiraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2002:18. Helsinki.

Suomen perustuslaki 11.6.1999 / 731. Viitattu 14. 1.2012 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Sweet, E. 2010. "If your shoes are raggedy you get talked about": Symbolic and material dimensions of adolescent social status and health. *Social Science & Medicine* 70, 2029–2035.

Säädösehdotusten vaikutusten arviointi. Ohjeet. 2007. Oikeusministeriö julkaisu 2007:6. Helsinki: Oikeusministeriö.

Tarkiainen, L., Martikainen, P., Laaksonen, M. & Valkonen, T. 2011. Tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet vuosina 1988–2007. *Suomen Lääkärilehti* 66, 3651–3657.

Terveyden edistäminen. Hallituksen politiikkaohjelma. 2007. Helsinki: Valtioneuvosto.

Tervonen-Gonçalves, L. & Lehto, J. 2004. Transfer of Health for All policy – What, how and in which direction? A two-case study. *Health Research Policy and Systems* 2 (8), 1–13. Tulostettu 15.11.2011. <http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-2-8.pdf>

Theorell, T. 2000. Working Conditions and Health. Teoksessa Teoksessa Berkman, L. F. & Kawachi, I. (toim.) *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 95–117.

Thomas, S., Fayter, D., Misso, K., Ogilvie, D., Petticrew, M., Sowden, A., Whitehead, M. & Worthy, G. 2008. Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. *Tobacco Control* 17, 230–237.

Thow, A.M., Jan, S., Leeder, S. & Swinburn, B. 2010. The effect of fiscal policy on diet, obesity and chronic disease: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organisation* 88, 609–614. Tulostettu 28.11.2011. <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/09-070987.pdf>.

Tiffin, R. & Arnoult, M. 2011. The public health impact of a fat tax. *European Journal of Clinical Nutrition* 65, 427–433.

Tilastokeskus. 1989. Sosioekonominen aseman luokitus 1989. Käsikirjoja 17. Tulostettu 14.1.2013. http://stat.fi/meta/luokitukset/sosioekon_asema/001-1989/kasikirja.pdf

Tilastokeskus. 2012. Suomen virallinen tilasto: Tulonjakotilasto. Pienituloisuus 2010. Viitattu 18.4.2013. http://tilastokeskus.fi/til/tjt/2010/02/tjt_2010_02_2012-01-25_tie_001_fi.html

Townsend, J., Roderick, P. & Cooper, J. 1994. Cigarette smoking by socioeconomic group, sex and age: effects of price, income and health publicity. *British Medical Journal* 309, 923–927.

Townsend, P. & Davidson, N. (toim.) 1982. Inequalities in Health. The Black Report. Harmondsworth: Penguin.

Tuomala, M. 2009. Julkistalous. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vallgård, S. 2006. When are health inequalities a political problem? *European Journal of public health* 16, 615–616.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2001:4. Helsinki.

Valtioneuvoston tiedonanto Eduskunnalle 22.6.2010 nimitetyn pääministeri Mari Kiviniemen hallituksen ohjelmasta. Viitattu 26.1.2012. <http://valtioneuvosto.fi/tietoarkisto/aiemmat-hallitukset/kiviniemi/hallitusohjelma/pdf/fi.pdf>

Valtiovarainministeriö 2012. Arvonlisäverotus. Tulostettu 25.10.2012. https://www.vm.fi/vm/fi/10_verotus/04_arvonlisaverotus/index.jsp

Valtiovarainministeriö 2012. Verotus. Tulostettu 25.10.2012. https://www.vm.fi/vm/fi/10_verotus/index.jsp

Verotuksen kehittämistyöryhmän loppuraportti. 2010. Valtiovarainministeriö. Valtiovarainministeriön julkaisuja 51 / 2010. Tulostettu 17.2.2012. http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/075_verotus/20101221_Verotu/Verorapsa_loppuraportti.pdf

Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. 2012. Liikunta ja terveys: päätelmiä. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.) Liikuntalääketiede. 3.–5. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 665–681.

Wadsworth, M. & Butterworth, S. 2006. Early life. Teoksessa Marmot, M. & Wilkinson, R. (toim.) Social Determinants of Health. 2. painos. Oxford: Oxford University Press, 31–53.

Wales, C. Commentary. 2010. Artikkelissa Alt, J., Preston, I. & Sibiet, L. The Political Economy of Tax Policy. Teoksessa Mirrlees, J., Adam, S., Besley, T. Blundell, R., Bond, S., Chote, R., Gammie, M., Johnson, P., Myles, G. & Poterba, J. (toim.) Dimensions of Tax Design: the Mirrlees Review. Oxford: Oxford University Press, 1300–1315.

Wang, C. & Goudswaard, K. 2012. The redistributive effect of social transfer programs and taxes: A decomposition across countries. International Social Security Review 65, (3), 27–48.

Waris, H. 1973. Työläisyhteiskunnan syntyminen Helsingin Pitkäsillan pohjoispuolelle. Helsinki: Weilin + Göös.

Whitehead, M., Diderichsen, F. & Burström, B. 2000. Researching the impact of public policy on inequalities in health. Teoksessa Graham, H. (toim.) Understanding Health Inequalities. Berkshire: Open University Press, 203–218.

WHO Technical manual on Tobacco Tax Administration. 2011. Geneva: World Health Organisation.

Wilkinson, R. & Pickett, K. 2009. The Spirit Level: Why more equal societies almost always do better. London: Penguin Books.

Wilson, N. & Thomson, G. 2005. Tobacco taxation and public health: ethical problems, policy responses. Social Science & Medicine 61, 649–659.

Wismar, M., Lahtinen, E., Ståhl, T., Ollila, E. & Leppo, K. 2006. Introduction. Teoksessa Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E. & Leppo, K. (toim.) Health in All Policies. Prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, xvii–xxx.

Åberg Yngwe, M., Fritzell, J., Burström, B. & Lundberg, O. 2005. Comparison or consumption? Distinguishing between different effects of income on health in Nordic welfare states. Social Science & Medicine 61, 627–635.

Åberg Yngwe, M., Kondo, N., Hägg, S. & Kawachi, I. 2012. Relative deprivation and mortality –a longitudinal study in a Swedish population of 4,7 million, 1990–2006. BMC Public Health 12, 664.

LIITTEET

LIITE 1 AINEISTO

1. HE 16/2007 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi valmisteverotuslain muuttamisesta
2. HE 31/2007 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi Australian kanssa tuloveroja koskevan kaksinkertaisen verotuksen välttämiseksi ja veron kiertämisen estämiseksi tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
3. HE 32/2007 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Armenian kanssa tulo- ja varallisuusveroja koskevan kaksinkertaisen verotuksen välttämiseksi ja veron kiertämisen estämiseksi tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
4. HE 44/2007 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi arvonlisäverolain muuttamisesta
5. HE 57/2007 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle vuoden 2008 tuloveroasteikkolaiksi ja eräiksi muiksi tuloveroperusteita koskeviksi muutoksiksi
6. HE 58/2007 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi perintö- ja lahjaverolain muuttamisesta
7. HE 59/2007 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle arvopapereiden verottamiseen liittyvien eräiden säännösten muuttamisesta
8. HE 60/2007 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi alkoholi- ja alkoholijuomaverosta annetun lain liitteen muuttamisesta
9. HE 61/2007 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi nestemäisten polttoaineiden valmisteverosta sekä sähkön ja eräiden polttoaineiden valmisteverosta annettujen lakien muuttamisesta sekä laiksi yksityisestä huvialuksesta suoritettavasta polttoainemaksusta
10. HE 76/2007 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain ja työnantajan sosiaaliturvamaksusta annetun lain 4 §:n muuttamisesta
11. HE 88/2007 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Suomen ja Euroopan kemikaaliviraston välisen toimipaikkasopimuksen hyväksymisestä sekä laiksi sen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta

12. HE 107/2007 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle verontilityslain 13 §:n muuttamisesta
13. HE 108/2007 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi varainsiirtoverolain väliaikaisesta muuttamisesta
14. HE 110/2007 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi arvonlisäverolain muuttamisesta
15. HE 113/2007 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi maatalouden rakennetuista, valtakunnallisen maaseudun kehittämisen ja tutkimuksen sekä maa- ja elintarviketalouden tutkimuksen rahoituksesta sekä eräiden maaseudun kehittämiseen liittyvien lakien muuttamisesta
16. HE 115/2007 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi meriliikenteessä käytettävien alusten kilpailukyvyn parantamisesta ja laeiksi eräiden siihen liittyvien lakien muuttamisesta
17. HE 145/2007 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi elinkeinotulon verottamisesta annetun lain 19 §:n väliaikaisesta muuttamisesta
18. HE 146/2007 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi ajoneuvoverolain muuttamisesta
19. HE 147/2007 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi autoverolain muuttamisesta
20. HE 148/2007 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Verohallinnosta sekä siihen liittyvien eräiden lakien muuttamisesta
21. HE 160/2007 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi autoverolain muutoksenhakusäännösten muuttamisesta
22. HE 180/2007 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Valko-Venäjän kanssa tuloveroja koskevan kaksinkertaisen verotuksen välttämiseksi ja veron kiertämisen estämiseksi tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
23. HE 8/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi tuloverolain väliaikaisesta muuttamisesta
24. HE 9/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Hongkongin kanssa ilma-aluksen käyttämisestä saadun tulon kaksinkertaisen verotuksen välttämiseksi tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta

25. HE 15/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle eräiden Mansaaren kanssa tuloverotuksesta tehtyjen sopimusten hyväksymisestä ja laiksi sopimusten alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
26. HE 25/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi rahanpesun ja terrorismin rahoittamisen estämisestä ja selvittämisestä sekä eräiksi siihen liittyviksi laeiksi
27. HE 35/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Georgian kanssa tuloveroja koskevan kaksinkertaisen verotuksen välttämiseksi ja veron kiertämisen estämiseksi tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja sopimukseksi lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
28. HE 52/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Moldovan kanssa tuloveroja koskevan kaksin kaksinkertaisen verotuksen välttämiseksi ja veron kiertämisen estämiseksi tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja sopimukseksi lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
29. HE 74/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi ulkomaisten väliyhteisöjen osakkaiden verotuksesta annetun lain muuttamisesta
30. HE 75/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Pohjoismaiden välillä tulo- ja varallisuusveroja koskevan kaksinkertaisen verotuksen välttämiseksi tehdyn sopimuksen muuttamisesta tehdyn pöytäkirjan hyväksymisestä ja laiksi pöytäkirjan lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
31. HE 97/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Euroopan yhteisön ja sen jäsenvaltioiden sekä Sveitsin valaliiton välillä, niiden taloudellisten etujen vastaisten petosten ja muun laittoman toiminnan torjumista koskevan yhteistyösopimuksen hyväksymisestä sekä laeiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta ja tullilain muuttamisesta
32. HE 112/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle vuoden 2009 tuloveroasteikkolaiksi ja eräiksi muiksi tuloveroperusteita koskeviksi muutoksiksi
33. HE 113/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi rajoitetusti verovelvollisen tulon verottamisesta annetun lain muuttamisesta
34. HE 114/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi arvonlisäverolain 85 §:n muuttamisesta
35. HE 115/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi tupakkaverosta annetun lain liitteen muuttamisesta

36. HE 139/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi autoverolain 33 ja 35 §:n muuttamisesta
37. HE 145/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle eräiden matkustajatuomisten arvonlisä- ja valmisteverottomuuteen sekä tullittomuuteen liittyvien säännösten muuttamisesta
38. HE 148/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi meriliikenteessä käytettävien alusten kilpailukyvyn parantamisesta annetun lain, merimieseläkelain 4 §:n ja merityöaikalain muuttamisesta
39. HE 159/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi arvonlisäverolain 45 ja 85 §:n muuttamisesta
40. HE 160/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi kehitysalueelle tehtävien investointien korotetuista poistoista annetun lain muuttamisesta
41. HE 176/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi elinkeinotulon verottamisesta annetun lain sekä tuloverolain 45 §:n muuttamisesta
42. HE 177/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi eräiden asuntojen vuokraustoimintaa harjoittavien osakeyhtiöiden veronhuojennuksesta
43. HE 185/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi maataloudessa käytettyjen eräiden energiatuotteiden valmisteveron palautuksesta annetun lain ja nestemäisten polttoaineiden valmisteverosta annetun lain 10 §:n muuttamisesta
44. HE 191/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi kuntien valtionosuuslain muuttamisesta
45. HE 192/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi autoverolain, arvonlisäverolain ja ajoneuvolain 60 §:n muuttamisesta
46. HE 202/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi alkoholi- ja alkoholijuomaverosta annetun liitteen muuttamisesta
47. HE 203/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle eräiden Jerseyyn kanssa tehtyjen tuloverotusta koskevien sopimusten hyväksymisestä ja laiksi sopimusten lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
48. HE 204/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle eräiden Guernseyyn kanssa tehtyjen tuloverotusta koskevien sopimusten hyväksymisestä ja laiksi sopimusten lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
49. HE 205/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi perintö- ja lahjaverolain 14 ja 19 a §:n muuttamisesta

50. HE 206/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle eräksi metsäverotusta koskeviksi muutoksiksi
51. HE 220/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi tuloverolain 20 §:n muuttamisesta
52. HE 221/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle verotililain sekä laeiksi eräiden verolakien muuttamisesta
53. HE 222/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi kansainvälisen kaksinkertaisen verotuksen poistamisesta annetun lain muuttamisesta
54. HE 233/2008 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi oikeudenkäynnin viivästymisen hyvittämisestä ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi
55. HE 6/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi tuotannollisten investointien väliaikaisesti korotetuista poistoista
56. HE 36/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi vahvasta sähköisestä tunnistamisesta ja sähköisistä allekirjoituksista sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi
57. HE 47/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle työpanokseen perustuvan osingon verotuksesta
58. HE 50/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi työsuojelun valvonnasta ja työpaikan työsuojeluyhteistoiminnasta annetun lain ja eräiden siihen liittyvien lakien muuttamisesta
59. HE 53/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi verontilityslain ja tuloverolain väliaikaisesta muuttamisesta
60. HE 54/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi kestävä metsätalouden rahoituslain muuttamisesta annetun hallituksen esityksen (HE 72/2008 vp) täydentämisestä
61. HE 70/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi alkoholi- ja alkoholijuomaverosta annetun lain liitteen muuttamisesta
62. HE 71/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Kazakstanin kanssa tuloveroja koskevan kaksinkertaisen verotuksen välttämiseksi ja veron kiertämisen estämiseksi tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
63. HE 80/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi pääkaupunkiseudun kuntien jätehuoltoa ja joukkoliikennettä koskevasta yhteistoiminnasta sekä

- jätelain 3 §:n ja joukkoliikenteen tarkastusmaksusta annetun lain 1 ja 2 §:n muuttamisesta
64. HE 95/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi ulkomaalaisrekisteristä annetun lain 7 ja 8 §:n sekä verotusmenettelystä annetun lain 18 §:n muuttamisesta
 65. HE 97/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi autoverolle kannetun arvonlisäveron suuruisen veron palauttamisesta eräissä tapauksissa
 66. HE 113/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Puolan kanssa tuloveroja koskevan kaksinkertaisen verotuksen välttämiseksi ja veron kiertämisen estämiseksi tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
 67. HE 118/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi tuloverolain 48 §:n muuttamisesta ja väliaikaisesta muuttamisesta
 68. HE 119/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi kiinteistöverolain muuttamisesta
 69. HE 121/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi maataloudessa käytettyjen eräiden energiatuotteiden valmisteveron palautuksesta annetun lain muuttamisesta annetun lain voimaantulosäännöksen ja nestemäisten polttoaineiden valmisteverosta annetun lain 10 a §:n muuttamisesta annetun lain voimaantulosäännöksen muuttamisesta
 70. HE 126/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle eräiden Bermudan kanssa tehtyjen tuloverotusta koskevien sopimusten hyväksymisestä ja laiksi sopimusten lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
 71. HE 127/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle eräiden Caymansaarten kanssa tehtyjen tuloverotusta koskevien sopimusten hyväksymisestä ja laiksi sopimusten lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
 72. HE 128/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle eräiden Brittiläisten Neitsytsaarien kanssa tehtyjen tuloverotusta koskevien sopimusten hyväksymisestä ja laiksi sopimusten lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
 73. HE 129/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi verotililain sekä eräiden muiden verotusta koskevien lakien voimaantulosäännöksen muuttamisesta sekä arvonlisäverolain, ennakkoperintälain ja arpajaisverolain väliaikaisesta muuttamisesta

74. HE 133/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle vuoden 2010 tuloveroasteikkolaiksi sekä eräiksi tuloverotusta ja verotuksessa sovellettavia korkoja koskeviksi muutoksiksi
75. HE 134/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi tupakkaverosta annetun liitteen muuttamisesta
76. HE 135/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi ajoneuvoverolain muuttamisesta annetun lain 10 §:n muuttamisesta
77. HE 136/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle arvonlisäverotuksessa sovellettavien myyntimaasäännösten ja eräiden muiden säännösten muuttamiseksi ja väliaikaiseksi muuttamiseksi
78. HE 147/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle työnantajan kansaneläkemaksun poistamista koskevaksi lainsäädännöksi
79. HE 137/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi arvonlisäverolain, Ahvenanmaan maakuntaa koskevista poikkeuksista arvonlisävero- ja valmisteverolainsäädäntöön annetun lain 18 b §:n ja eräistä vakuutusmaksuista suoritettavasta verosta annetun lain 3 §:n muuttamisesta
80. HE 158/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle pitkäaikaissäätämisen verotuksen uudistamista koskevaksi lainsäädännöksi
81. HE 160/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Luxemburgin kanssa tulo- ja varallisuusveroja koskevan kaksinkertaisen verotuksen välttämiseksi tehdyn pöytäkirjan hyväksymisestä ja laiksi pöytäkirjan lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
82. HE 169/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle maksupalvelulaiksi ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi
83. HE 171/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi arvonlisäverolain muuttamisesta
84. HE 173/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi rajoitetusti verovelvollisen tulon verottamisesta annetun lain muuttamisesta
85. HE 197/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kansainvälisen kaksinkertaisen verotuksen poistamisesta annetun lain ja ulkomaisten väliyhteisöjen osakkaiden verotuksesta annetun lain 6 §:n muuttamisesta
86. HE 198/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Belgian kanssa tulo- ja varallisuusveroja koskevan kaksinkertaisen verotuksen välttämiseksi ja veron kiertämisen estämiseksi tehdyn sopimuksen muuttamisesta tehdyn pöytäkirjan

- hyväksymisestä ja laiksi pöytäkirjan lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
87. HE 199/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle eräiden Alankomaiden kanssa Alankomaiden Antillien osalta tehtyjen tuloverotusta koskevien sopimusten hyväksymisestä ja laiksi sopimusten lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
88. HE 200/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle eräiden Alankomaiden kanssa Aruban osalta tehtyjen tuloverotusta koskevien sopimusten hyväksymisestä ja laiksi sopimusten lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
89. HE 204/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Sveitsin kanssa tulo- ja varallisuusveroja koskevan kaksinkertaisen verotuksen välttämiseksi tehdyn sopimuksen ja pöytäkirjan muuttamisesta tehdyn pöytäkirjan hyväksymisestä ja laiksi pöytäkirjan lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
90. HE 231/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi tonnistoverolain muuttamisesta
91. HE 242/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle veronkantolain 9 §:n muuttamisesta
92. HE 244/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle yliopistojen verotusta koskevaksi lainsäädännöksi
93. HE 245/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi verontilityslain ja tuloverolain muuttamisesta ja väliaikaisesta muuttamisesta
94. HE 256/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Gibraltarin kanssa veroasioita koskevista tiedoista tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
95. HE 257/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Singaporen kanssa tuloveroja koskevan kaksinkertaisen verotuksen välttämiseksi ja veron kiertämisen estämiseksi tehdyn sopimuksen muuttamisesta tehdyn pöytäkirjan hyväksymisestä ja laiksi pöytäkirjan lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
96. HE 263/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi valmisteverotuslaiksi ja Ahvenanmaan maakuntaa koskevista poikkeuksista arvonlisävero- ja valmisteverolainsäädäntöön annetun lain 27 §:n muuttamisesta

97. HE 270/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi elinkeinotulon verottamisesta annetun lain 19 §:n väliaikaisesta muuttamisesta
98. HE 278/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Anguillan kanssa veroasioita koskevista tiedoista tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
99. HE 279/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Cookinsaarten kanssa veroasioita koskevista tiedoista tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
100. HE 280/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Samoan kanssa veroasioita koskevista tiedoista tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
101. HE 281/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Turks- ja Caicossaarten kanssa veroasioita koskevista tiedoista tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
102. HE 282/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi verotililain 8 §:n muuttamisesta
103. HE 285/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle San Marinon kanssa veroasioita koskevista tiedoista tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
104. HE 286/2009 Vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Intian kanssa tuloveroja koskevan kaksinkertaisen verotuksen välttämiseksi ja veron kiertämisen estämiseksi tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
105. HE 288/2009 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi Verohallinnosta sekä siihen liittyväksi lainsäädännöksi
106. HE 10/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Andorran kanssa veroasioita koskevista tiedoista tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
107. HE 28/2010 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi yliopistolain muuttamisesta
108. HE 38/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Saint Kittsin ja Nevisin kanssa veroasioita koskevista tiedoista tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta

109. HE 39/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Saint Vincentin ja Grenadiinien kanssa veroasioita koskevista tiedoista tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
110. HE 40/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Bahaman kanssa veroasioita koskevista tiedoista tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
111. HE 41/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi arvonlisäverolain muuttamisesta ja arvonlisäverolain väliaikaisesta muuttamisesta
112. HE 44/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle henkilöstörahasolaiksi ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi
113. HE 47/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi varainsiirtoverolain 14 §:n muuttamisesta
114. HE 72/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi verotustietojen julkisuudesta ja salassapidosta annetun lain 5 §:n muuttamisesta
115. HE 82/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Antiguan ja Barbudan kanssa veroasioita koskevista tiedoista tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
116. HE 83/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Dominican kanssa veroasioita koskevista tiedoista tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
117. HE 84/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Grenadan kanssa veroasioita koskevista tiedoista tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
118. HE 85/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Saint Lucian kanssa veroasioita koskevista tiedoista tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
119. HE 105/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Monacon kanssa veroasioita koskevista tiedoista tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
120. HE 106/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Kiinan kanssa tuloveroja koskevan kaksinkertaisen verotuksen välttämiseksi ja veron kiertämisen estämiseksi tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta

121. HE 113/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi eräiden asuntojen vuokraustoimintaa harjoittavien osakeyhtiöiden veronhuojennuksesta annetun lain muuttamisesta
122. HE 122/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle vuoden 2011 tuloveroasteikkolaiksi sekä laeiksi eräiden verolakien muuttamisesta
123. HE 125/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi arpajaisverolain muuttamisesta
124. HE 127/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi luottolaitostoinnasta annetun lain muuttamisesta ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi
125. HE 147/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle energiaverotusta koskevan lainsäädännön muuttamiseksi
126. HE 148/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi makeisten, jäätelön ja virvoitusjuomien valmisteverosta sekä eräiden valmisteverotusta koskevien lakien muuttamisesta
127. HE 159/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle jäteverolaiksi
128. HE 161/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Turkin kanssa tuloveroja koskevan kaksinkertaisen verotuksen välttämiseksi tehdyn sopimuksen ja pöytäkirjan hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
129. HE 162/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi arvonlisäverolain ja Ahvenanmaan maakuntaa koskevista poikkeuksista arvonlisävero- ja valmisteverolainsäädäntöön annetun lain 6 §:n muuttamisesta
130. HE 163/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi Harmaan talouden selvitysyksiköstä sekä Verohallinnosta annetun lain 4 §:n muuttamisesta
131. HE 210/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi arvonlisäverolain muuttamisesta
132. HE 209/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle veroasioissa annettavaa keskinäistä virka-apua koskevan yleissopimuksen muuttamisesta tehdyn pöytäkirjan hyväksymisestä ja laiksi pöytäkirjan lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
133. HE 231/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Belizen kanssa veroasioita koskevista tiedoista tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta

134. HE 232/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Marshallinsaarten kanssa veroasioita koskevista tiedoista tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
135. HE 233/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Vanuatun kanssa veroasioita koskevista tiedoista tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
136. HE 258/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle luonnollisen henkilön lahjoitusvähennyksen voimassaolon jatkamisesta
137. HE 288/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Liberian kanssa veroasioita koskevista tiedoista tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
138. HE 289/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Montserratin kanssa veroasioita koskevista tiedoista tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta
139. HE 290/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi autoverolain muuttamisesta
140. HE 311/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi arvonnäisäverolain muuttamisesta
141. HE 327/2010 vp Hallituksen esitys Eduskunnalle Liechtensteinin kanssa veroasioita koskevasta tiedonvaihdesta tehdyn sopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta